

**ENTWICKLUNG EINES FORENSISCH - PSYCHIATRISCHEN
DOKUMENTATIONSSYSTEMS**

PAUL GRASSL

TRF

Disbui. München

1988





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Vorstand Prof. Dr.med. H. Hippus

ENTWICKLUNG
EINES
FORENSISCH-PSYCHIATRISCHEN DOKUMENTATIONSSYSTEMS

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Paul Graßl

aus
Peißenberg

Jahr
1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:

Prof.Dr.med. W. Mende

Mitberichterstatter:

Prof.Dr.med. H. Hippius

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dr.med. N. Nedopil

Dekan:

Prof.Dr.med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung:

11.02.1988

Meinen Eltern
und
meiner Tochter Julia

INHALTSVERZEICHNIS

I. E I N L E I T U N G

1. Standardisierte Untersuchungsverfahren im historischen Rückblick	1
1.1. In der klinischen Psychiatrie	1
1.2. In der forensischen Psychiatrie	2
2. Psychopathometrische Verfahren	3
2.1. Definition	3
2.2. Einteilung	3
2.3. Gütekriterien	6
3. Die Aufgabe des psychiatrischen Gutachtens im Strafprozeß	8
4. Die Notwendigkeit psychopathometrischer Ver- fahren in der forensischen Psychiatrie	10
4.1. Aus psychiatrischer Sicht	10
4.2. Aus juristischer Sicht	11
5. Die Ziele psychopathometrischer Befund- erhebung und Dokumentation in der foren- sischen Psychiatrie	13

II. F R A G E S T E L L U N G, M E T H O D I K U N D M A T E R I A L

1. Entwicklung eines 1. Entwurfs des Dokumentationssystems (Anwendungssform)	14
1.1. Methodische Vorüberlegung	14
1.2. Konstruktion eines kombinierten foren- sisch-klinischen Dokumentationssystem	16
1.3. Die Anwendung des Dokumentationssystems auf die Gutachten	22
1.4. Auswertung der Erhebung	23
2. Fragestellungen der Untersuchung	24
2.1. Eignung des Dokumentationssystems	25
2.2. Bedeutung der Merkmale für die Schuldfähigkeitsbeurteilung	25

3. Material	26
-------------	----

III. E R G E B N I S S E

1. Zur Durchführung der Gutachten	31
1.1. Gutachter	31
1.2. Auftraggeber	32
1.3. Form und Beobachtungsdauer	33
1.4. Abstand zwischen Tat und Begutachtung	34
1.5. Fragestellungen des Auftraggebers	35
2. Die zu begutachtende Tat ("Indexdelikt")	35
2.1. Art der Tat	35
2.2. Einzel- oder Gemeinschaftstäter	39
2.3. Frühere Aggressionstaten	39
2.4. Alkohol zur Tatzeit	40
2.5. Drogen/Medikamente zur Tatzeit	42
2.6. Anzahl der Opfer	43
2.7. Beziehung des Hauptopfers zum Täter	44
2.8. Geschlecht des Hauptopfers	45
2.9. Verletzungsgrad des Hauptopfers	46
3. Zur Lebensgeschichte des Probanden	47
3.1. Allgemeine soziodemographische Daten	47
3.2. Schule und Beruf	52
3.3. Psychosoziale Belastungsfaktoren	55
4. Kriminelle Entwicklung und Delinquenz	59
5. Klinische Anamnese	63
6. Psychischer Befund und Diagnose	69
6.1. Habituelle Persönlichkeitsmerkmale	69
6.2. Psychischer Befund z. Ztp. der Untersuchung	71
6.3. Körperlicher und neurologischer Befund z. Ztp. der Untersuchung	74
6.4. Zusatzuntersuchungen (EEG, Röntgen/CT, Labor, Testpsychologie)	74
6.5. Hauptdiagnose zum Tatzeitpunkt	77
6.6. GAS-Score	79

III

7. Forensisch- psychiatrische Beurteilung	81
7.1. Die psychiatrischen Merkmale der §§ 20/21 StGB	81
7.2. Relevanz des Alkohols	82
7.3. Anwendung des § 105 JGG	83
7.4. Maßregeln §§ 63, 64 StGB	84
7.5. Differenzierte Schuldfähigkeitsaussage	85
7.6. Schuldfähigkeitsbeurteilung vor und nach der Strafrechtsreform	86

IV. D I S K U S S I O N

Vorbemerkungen	87
1. Die Bedeutung der untersuchten Merkmale auf die Schuldfähigkeitsbeurteilung	87
1.1. Einzelbereiche	87
1.2. Gesamtbereich	93
2. Revision des vorläufigen Dokumentationssystem	95
2.1. Die Eignung des AMDP-Systems	95
2.2. Die Erweiterung des Forensischen Teils	97
3. Das FPDS	100
3.1. Umfang und Einordnung des FPDS	100
3.2. Beschreibung des FPDS	102
4. Möglichkeiten und Perspektiven durch das FPDS	104
4.1. Vermeidung typischer Fehlerquellen	104
4.2. Lehrmittel bei der Ausbildung angehender Gutachter	105
4.3. Kommunikation mit den Juristen	106
4.4. Forschung	108
5. Ausblick	110

V. Z U S A M M E N F A S S U N G

Literaturverzeichnis	113
Anhang 1: Dokumentationssystem (Anwendungsform)	
Anhang 2: FPDS	

I. EINLEITUNG

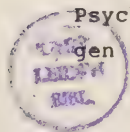
1. Standardisierte Untersuchungsverfahren im historischen Rückblick

1.1. In der klinischen Psychiatrie

Die Diskussion um die Standardisierung des psychopathologischen Befundes in der Psychiatrie begann schon am Anfang dieses Jahrhunderts. So erwähnt P. Näcke in einem 1904 veröffentlichten Aufsatz eine Diskussion in der "Versammlung der deutschen Irrenärzte" im Jahre 1901, in der abfällig von der sogenannten "Kurvenpsychiatrie" gesprochen wurde. Der Autor selbst setzte sich differenziert mit den Möglichkeiten und Grenzen der "Kurvenpsychiatrie" auseinander und meinte, daß "die Kurvenpsychiatrie in der Tat berufen erscheint, künftighin eine sehr wichtige Rolle zu spielen".

1919 forderte Kraepelin in der "Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie": "Es erscheint daher äußerst wünschenswert, daß in jeder wissenschaftlichen Arbeitsstätte der gesamte klinische Beobachtungsstoff in verwertbarer Form aufgespeichert wird." Kraepelin beließ es nicht bei der Forderung nach Standardisierung. Er machte bereits einen konkreten Vorschlag zu deren Verwirklichung, indem er ausführlich sein Zählkartensystem beschrieb. Es ist unbestritten, daß die mit diesem Zählkartensystem erzielten Ergebnisse der Untersuchungen Kraepelins nachhaltigen Einfluß auf die Psychiatrie erreicht hatten (Hippius 1970). Jenes Zählkartensystem fand aber in der damaligen Zeit kaum Beachtung und noch weniger Nachahmer.

Während es im englischsprachigen Raum in den fünfziger Jahren mit den Rating-Scales von Wittenborn (1951, 1955) zu einer immer breiteren Anwendung von standardisierten Psychopathologieverfahren kam, wurden im deutschsprachigen Raum erst 1965 mit der Gründung der "Arbeitsgemein-



schaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie" (AMP, später AMDP) konkrete Schritte zur Einführung eines standardisierten, psychopathologischen Befundes in der klinischen Psychiatrie unternommen. Das Motiv für diesen Zusammenschluß von fünf deutschen, einer österreichischen und fünf schweizerischen Universitätskliniken lag in der Unzufriedenheit mit den damals der psychopharmakologischen Forschung zugrundeliegenden Untersuchungsmethoden (Hippius 1970). Inzwischen liegt von dieser Arbeitsgemeinschaft ein mehrteiliger, computergerechter Befunderhebungsbogen samt Manual - das AMDP-System - vor, das über den deutschsprachigen Raum hinaus auch international Anerkennung gefunden hat (Möller und v. Zerssen 1983).

1.2. In der forensischen Psychiatrie

Obwohl in dem oben erwähnten Aufsatz von P. Näcke im Jahre 1904 zu lesen ist: "Den wahren Gewinn der Kurven-Psychiatrie wird zunächst die wissenschaftliche Psychiatrie einheimsen, dann aber die praktische, nicht am wenigsten die *f o r e n s e*, da wir schärfere Erkenntnismittel an die Hand bekommen.", haben sich die forensischen Psychiater erst 1983 intensiv der Problematik der psychopathometrischen Verfahren angenommen. Im Mittelpunkt einer interdisziplinären Fachtagung in Kiel stand die Erhöhung der Objektivität bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung (Mende 1983, Schöch 1983, Maisch 1983). Dabei wurde von psychiatrischer Seite der "Aufbau einer quantitativen Psychopathologie" mit dem Verweis darauf gefordert, daß es um die "Interraterreliabilität in der forensischen Psychiatrie offensichtlich besonders miserabel bestellt" sei (Mende 1983).

Weitere Symposien 1984 in Göttingen und 1985 in München (Ehlers u.a. 1985) zum gleichen Thema sowie neuere Veröffentlichungen (z.B. Erhardt 1984, Saß 1985) belegen das Bemühen um die Einführung operationalisierter Methoden in die Forensische Psychiatrie. Vorschläge für konkrete psychopathometrische Verfahren liegen bis jetzt jedoch nicht

vor, der große Rückstand gegenüber der klinischen Psychiatrie ist nicht zu übersehen.

2. Psychopathometrische Verfahren

2.1. Definition des Begriffs

Der Begriff "psychopathometrische Verfahren" wurde von Stäcker und Wieck 1964 in der Arbeit "Das psychopathometrische Verfahren bei körperlich begründbaren Psychosen" geprägt und dann 1977 von Wieck als Methode der Messung von "Störungsgraden psychopathologischer Veränderungen" definiert, in enger Abgrenzung zum Begriff der psychometrischen Verfahren, die eine Messung der "normalpsychologischen Funktionen und Strukturen" beinhalten.

Unter Hinweis darauf, daß "viele quantitative Verfahren sowohl im psychopathologischen wie im normalpsychologischen Bereich eingesetzt" werden und um den "dadurch gegebenen begrifflichen Schwierigkeiten auszuweichen", hat v. Zerssen 1980 den Begriff psychopathometrische Verfahren "auf alle Arten einer quantifizierenden Erfassung psychopathologischer Phänomene" ausgeweitet. Von dieser Definition wird in dieser Arbeit ausgegangen. Dabei sind unter psychopathometrischen Verfahren "alle Untersuchungsmethoden, die für diese Aufgabe eingesetzt werden, unabhängig davon, ob es sich um Schätzverfahren oder um objektive Meßmethoden im engeren Sinn handelt, ob die betreffenden Verfahren auch im normalpsychologischen Bereich angewandt bzw. ob sie im klinischen Bereich (auch) zur Diagnosenstellung Verwendung finden" (v. Zerssen 1980) zu verstehen.

2.2. Einteilung der psychopathometrischen Verfahren

Die psychopathometrischen Verfahren lassen sich in Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren einteilen. Bei den

Selbstbeurteilungsverfahren füllt der Patient selbst Beschwerdelisten oder Fragebögen aus.

Bei Fremdbeurteilungsverfahren geschieht die Beurteilung durch eine andere Person als der des Patienten, es sind drei Gruppen von Beurteilern mit jeweils unterschiedlichen Skalen zu unterscheiden.

- a) Bezugspersonen: Angehörige, Partner oder enge Freunde des Patienten
- b) Psychiatrisches Hilfspersonal: Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten
- c) Ärzte und klinische Psychologen

Entsprechend dem Ziel der vorliegenden Arbeit soll hier nur näher auf die Fremdbeurteilungsverfahren eingegangen werden, die sich an den Arzt als Beurteiler richten.

Mombour (1972) unterscheidet hier zwischen drei Gruppen von ärztlichen, standardisierten Untersuchungsinstrumenten:

- a) Abhaklisten (checklists)
- b) Schätzskalen (rating-scales), die aufgrund einer freien, vom Arzt durchgeführten Exploration ausgefüllt werden
- c) Untersuchungsinstrumente, die aufgrund eines vom Arzt durchgeführten standardisierten Interviews ausgefüllt werden

2.2.1. Abhaklisten

Es handelt sich hier um eine vorgegebene Liste von Beschwerden und Symptomen, die vom Arzt meist nach Vorhanden- und Nichtvorhandensein zu beantworten ist. Der Arzt ist dabei unabhängig von der Art der Informationsquelle, er kann also z.B. gleichermaßen subjektive Beschwerden des Patienten, Beobachtungen des Pflegepersonals wie den von ihm selbst festgestellten psychischen Befund festhalten. Ebenso ist er an keine vorgeschriebene Form der Informationsgewinnung gebunden, er kann zu ihr ein frei gewähltes Interview wie auch eine gezielte Befragung der vorgegebenen Items verwenden. Es ist das Verfahren mit der niedrigsten Standardisierung, der Vorteil liegt in der hohen Praktikabilität (Def. siehe

2.3), leider verbunden mit einer schlechten Reliabilität (Def. siehe 2.3), die aber meist durch gemeinsames Training der Untersucher verbessert werden kann. Beispiele für Abhaklisten sind die "Minimal Social Behavior Scale" (MSBS) von Farina u.a. (1957) mit 32 Items zur Unterscheidung von stark regredierten von nicht regredierten Patienten und die "Hamilton-Depressions-Scale" (HAMD) von Hamilton (1960) mit 24 Items zur Beurteilung von Depressivität.

2.2.2. Schätzskalen (rating scales) mit freier Exploration

Hier ist dem Arzt die Art der Exploration freigestellt, er hat allerdings während des Gesprächs alle Punkte anzusprechen, die in der Skala enthalten sind. Bei einigen Schätzskalen sind Symptome nur zu berücksichtigen, wenn sie während des Interviews direkt zu beobachten sind, bei anderen Skalen sind auch Items enthalten, die sich auf Zeitperioden vor dem Interview beziehen. Mombour (1972) unterscheidet bei den Schätzskalen mit freier Exploration zwei Formen:

- a) Untersuchungsinstrumente für den psychischen Befund, die Teil eines größeren Dokumentationssystems sind.

Als wichtigstes Beispiel im deutschsprachigen Bereich kann hier das Dokumentationssystem der "Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation" (AMDP) genannt werden.

- b) Untersuchungsinstrumente, die ausschließlich zur Erfassung des psychopathologischen Befundes entwickelt worden sind.

Als bekanntes Beispiel darf hier die "Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale" (IMPS) von Lorr u.a. (1963) gelten. Sie wurde an Patienten mit funktionellen Psychosen, schweren Neurosen und depressiven Symptomen entwickelt. Die IMPS enthält 90 Items und erlaubt nur die Berücksichtigung von Symptomen und Verhaltensweisen, die während des Interviews zu beobachten sind oder von Patienten selbst berichtet werden. Weitere

wichtige Beispiele für diese Skalenform sind die "Wittenborn Psychiatric Rating Scale" (Wittenborn 1955) und die "Brief Psychiatric Rating Scale" von Overall u.a. (1962).

2.2.3. Untersuchungsinstrumente mit standardisiertem Interview

Bei dieser Form sind Formulierungen und Reihenfolge der Fragen an den Patienten genau vorgeschrieben, außerdem geben manche Systeme verschiedene Antworten auf die Fragen vor. Aufgrund der Äußerungen der Patienten muß der Arzt über das Vorhanden- oder Nichtvorhandenseins eines Symptoms entscheiden. Es ist dies das Untersuchungsinstrument, das sich durch die hohe Standardisierung und die damit gegebene gute Vergleichbarkeit der Datengewinnung am besten für wissenschaftliche Zwecke eignet. Ihr Nachteil liegt in der vorgegebenen starren Form der Exploration, dabei ist die Kontaktaufnahme und das flexible Eingehen auf den Patienten deutlich erschwert. Bekanntes Beispiel ist das "Present State Examination" (PSE) von Wing u.a. (1973) zur Erfassung von endogenen Psychosen und Neurosen.

2.3. Gütekriterien

Nach Möller und v. Zerssen (1982) müssen psychopathometrische Verfahren soweit wie möglich den folgenden test-theoretischen Gütekriterien entsprechen:

- O b j e k t i v i t ä t:

Sie bezieht sich auf den Grad der Unabhängigkeit der Ergebnisse vom Untersucher (Janke 1977).

Durchführung, Auswertung und Interpretation sollten soweit standardisiert sein, daß verschiedene Untersucher bei dem selben Probanden zu gleichen Ergebnissen kommen.

- R e l i a b i l i t ä t:

Darunter versteht man den Grad der Zuverlässigkeit (Möller u. v. Zerssen 1982) oder Genauigkeit

(Lienert 1967), mit der eine diagnostische Methode ein bestimmtes Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmal erfaßt.

- **V a l i d i t ä t:**

Sie gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem ein Untersuchungsverfahren dasjenige Persönlichkeitsmerkmal oder diejenige Verhaltensweise, das es messen soll oder zu messen vorgibt, tatsächlich mißt (Janke 1977).

- **N o r m i e r u n g:**

Unter diesem Gütekriterium versteht man, daß für ein diagnostisches Verfahren Angaben vorliegen sollen, die für das individuelle Testergebnis als Bezugssystem dienen können (Möller u. v. Zerssen 1982)

- **P r a k t i k a b i l i t ä t:**

Der zeitliche, personelle und materielle Aufwand für die Durchführung des psychopathometrischen Verfahrens sollte möglichst gering sein (Möller u. v. Zerssen 1982).

Lienert (1967) sieht in der Objektivität, Reliabilität und Validität die Hauptgütekriterien, Normierung und Praktikabilität bezeichnet er als die Nebengütekriterien. Das Ziel, in allen Gütekriterien hohe Werte zu erreichen, ist in der Praxis kaum zu verwirklichen. Möller und v. Zerssen (1982) sprechen hinsichtlich der Kriterien Reliabilität und Validität sogar von einer partiellen Inkompatibilität (Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma): Die Verbesserung an Reliabilität gehe oft einher mit einer Einschränkung an Validität und umgekehrt. Ebenso ist einzusehen, daß jede Erhöhung der Praktikabilität gewisse Einbußen an Objektivität, Reliabilität und Validität mit sich bringt. Aus diesem "Dilemma" kann nur ein ausgewogenes Verhältnis der einzelnen Gütekriterien helfen. Kendell (1978) sieht in der Reliabilität nur "eher ein Mittel zum Zweck", deren Bedeutung darin liege, daß eine niedrige Reliabilität notwendigerweise eine niedrigere Validität beinhalte; umgekehrt könne aber eine hohe Reliabilität mit einer niedrigen Validität einhergehen. Damit habe die hohe Reliabilität nur einen beschränkten Wert. Die Praktikabilität hat

sich wohl vorwiegend nach dem Zweck des Untersuchungsinstrumentes zu richten: Für Routineuntersuchungen im klinischen Alltag ist eine höhere Praktikabilität erforderlich als bei vorwiegend für Forschungszwecke entwickelten Verfahren.

3. Aufgabe des psychiatrischen Gutachtens im Strafprozeß

Hauptaufgabe des psychiatrischen Gutachtens im Strafprozeß ist die Beurteilung der Schuldfähigkeit des Täters. Die Beurteilung der Schuldfähigkeit ist an die Kriterien der "Fähigkeit zur Einsicht" (Einsichtsfähigkeit) und die "Fähigkeit nach dieser Einsicht zu handeln" (Steuerungsfähigkeit) gebunden. Die gesetzlichen Grundlagen sind hierfür in den § 20 und § 21 des Strafgesetzbuches (StGB) gegeben.

§ 20 StGB: Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

"Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln."

§ 21 StGB: Verminderte Schuldfähigkeit

"Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden."

Man spricht bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung vom "zweistöckigen" Aufbau der §§ 20, 21 StGB. Das erste, das "biologische Stockwerk", beinhaltet die psychopathologischen Voraussetzungen für die Annahme einer Schuldunfähigkeit bzw. verminderten Schuldfähigkeit: Krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewußtseinsstörung, Schwachsinn, schwere seelische Abartigkeit. Das zweite, das "psychologische Stockwerk", definiert die psy-

chischen Auswirkungen der im ersten Stockwerk festgestellten psychischen Störungen auf die Einsichtsfähigkeit und die Steuerungsfähigkeit. Bei dieser "gemischten" biologisch-psychologischen Methode (Lackner 1983) erfolgt die De- oder Exkulpierung nicht aufgrund der Feststellung bestimmter Krankheiten (Venzlaff 1986), sondern entscheidend kommt es auf die Auswirkungen der jeweiligen psychischen Störung auf Einsichts- und Steuerungsfähigkeit an.

Die Aufgabe des psychiatrischen Sachverständigen besteht in der Beurteilung der Schuld f ä h i g k e i t , nicht der Schuld (Bresser 1978). Die Feststellung der Schuldminderung oder des Schuldausschlusses ist Aufgabe des Tatrichters, der psychiatrische Gutachter ist nur der sachkundige "Gehilfe des Gerichts" (BGHSt 7, 239 ff.).

Durch die Formulierung "... bei Begehung der Tat ..." in den §§ 20 u. 21 StGB ist der Gutachter angehalten, die Schuldfähigkeitsbeurteilung auf die Tatzeit ersönlichkeit aufzubauen, nicht auf den Zustand bei der Untersuchung. Im Gegensatz zur klinischen Psychiatrie, die vorwiegend Beobachtbares zum Zeitpunkt der Untersuchung zur Grundlage ihrer Diagnostik macht, ist es die besondere Schwierigkeit der forensisch-psychiatrischen Untersuchung, daß der zu beurteilende geistige und seelische Zustand zum Tatzeitpunkt meist Wochen und Monate zurückliegt. Diese Verfassung ist für den Untersucher nicht unmittelbar beobachtbar und kann nur durch Kombination des Zustandes bei der Untersuchung, der Lebensgeschichte und Zeügenaussagen annäherungsweise rückgeschlossen werden. Hinzu kommt, daß bei der Begutachtung eine Kontrolle der Diagnose durch Therapie und langfristige Beobachtung kaum möglich ist. In der klinischen Psychiatrie wird dadurch die Diagnostik häufig erleichtert.

4. Die Notwendigkeit psychopathometrischer Verfahren in der forensischen Psychiatrie

4.1. Aus psychiatrischer Sicht

Die Notwendigkeit, standardisierte Verfahren in der forensisch-psychiatrischen Begutachtung einzuführen, wurde überwiegend mit der schlechten Übereinstimmung bei der Beurteilung des gleichen Probanden durch verschiedene Gutachter begründet (Wegner 1983, Mende 1983, Schöch 1983). Diese mangelnde Interraterreliabilität wurde besonders in der Untersuchung von Seyffert (1951) dokumentiert, der feststellte, daß bei Zweitgutachten die Ansichten der einzelnen Untersucher, "häufiger auseinandergehen als überstimmen". Neben der schlechten Interraterreliabilität waren es Arbeiten neueren Datums über Methodik, Zuverlässigkeit und Fehler in forensisch-psychiatrischen Gutachten, die der Diskussion um die Standardisierung neuen Auftrieb gegeben haben. So hatte Pfäfflin (1978) bei einer Analyse von 208 schriftlichen Gutachten über Sexualstraftäter erheblich methodische Mängel festgestellt. Es fanden sich hier in 55 % der Gutachten keine oder eine nur aus wenigen nichtssagenden Sätzen bestehende Sexualanamnesen. In 66 % fehlten anamnestic Angaben zur frühkindlichen Entwicklung, in 56 % der Gutachten wurde kein körperlicher Befund erhoben.

Heinz (1982) ortete in einem Vergleich von 128 psychiatrischen Gutachten in Grund- und Wiederaufnahmeverfahren folgende vier Fehlerquellen: Anamneseerhebung, Befunderhebung, probandenbezogene Abwehrhaltung, Perzeption von Prozeßrollen. Anamnesefehler waren in 48 % und Befundfehler in 60 % der Erstgutachten vorhanden. Die probandenbezogene Abwehrhaltung habe sich in Vorwürfen und Verdächtigungen, einseitiger Materialauswahl durch den Gutachter und in sogenannten "Verdammungsurteilen" geäußert. Die Wahrnehmung von Prozeßrollen habe sich in übersteigter Perzeption der "Gehilfen-Rolle", in anklagendem

bzw. tatermittelndem sowie tatrichtendem Interesse gezeigt, vorwiegend bei der Begutachtung von Schizophrenen.

Eine vergleichende Untersuchung von 50 schriftlichen Gutachten von Klose (1982) stellte besonders Mängel im forensischen Teil fest, so hätten mit Ausnahme eines Gutachters "alle anderen Gutachter die Bearbeitung der forensischen Seite erheblich vernachlässigt" (Klose 1982).

Venzlaff (1983) kam schließlich in einem Aufsatz über Fehler und Irrtümer in psychiatrischen Gutachten zu dem Ergebnis, daß die den Gerichten überreichten psychiatrischen Gutachten nicht nur ein erhebliches Qualitätsgefälle aufweisen würden, sondern zu einem nicht geringen Prozentsatz wegen grundsätzlich vermeidbarer sachlicher Fehler oder Irrtümer im Bereich von Diagnostik und Befundauswertung unbrauchbar seien.

Mende und Bürke (1986) verwiesen - neben den methodischen Mängeln bei der Begutachtung - besonders auf die Fehler (z.B. Überfragung des Sachverständigen), die sich aus den Kompetenzüberschneidungen und dem Spannungsfeld unterschiedlicher Erwartungen von Psychiatern und Juristen ergeben.

Einen ähnlichen Aspekt, der die "Vereinheitlichung und Objektivierung der Befunderhebung" in der forensischen Psychiatrie dringlich mache, hat Erhardt (1984) hervorgehoben. Er forderte eine systematische Erprobung von Methoden zur Erfassung und Klassifikation psychopathologischer Symptome, um die terminologischen Verständnisschwierigkeiten zwischen Psychiatern und Juristen zu vermindern.

4.2. Aus juristischer Sicht

Das Unbehagen an den Zufälligkeiten des Gutachterwesens, das Aneinandervorbeireden von Juristen und Psychiatern,

die Abhängigkeit des Gutachterergebnisses von der jeweiligen fachlichen Schule und nicht zuletzt das Interesse der Rechtssprechung an einer Gleichbehandlung führte dazu (Schüler-Springorum 1986), daß sich auch Juristen (z.B. Schöch 1983) mit dem Problem der Standardisierung der Schuldfähigkeitsbeurteilung auseinandersetzten. Von der Vereinheitlichung der forensisch-psychiatrischen Befunderhebung erwartet sich die juristische Seite eine größere Transparenz und damit eine bessere Einschätzung der forensisch-psychiatrischen Beurteilung (Schöch 1983), ein Mehr an Rationalität und Objektivität (Schüler-Springorum 1986).

Vorwiegend begründen die Juristen jedoch die Forderung nach Quantifizierung mit den in den §§ 20, 21 StGB enthaltenen Graduierungen (Schöch 1983, Schreiber 1983, Schüler-Springorum 1986). Nicht nur durch die Abstufungen schuldfähig, vermindert schuldfähig und schuldunfähig, sondern insbesondere durch die Formulierungen "tiefgreifende Bewußtseinsstörung" und "schwere andere seelische Abartigkeit" sei der psychiatrische Gutachter zwingend dazu angehalten, Schweregrade festzustellen (Schöch 1983). Graduierung setzt jedoch, um dem Anspruch der Objektivität zu genügen, die Schaffung von standardisierten Erhebungen voraus oder wie Maisch (1983) es formuliert, es gehe "um die Suche nach Verfahrensstrategien zur Objektivierung und Graduierung von Merkmalen des Verhaltens und Erlebens, die in der forensischen Praxis als generalisierbare Kriterien für Schweregradbeurteilungen psychischer Störungen betrachtet werden".

Zusammengefaßt sind es vier Punkte, die zur Forderung nach einer standardisierten Befunderhebung geführt haben:

- Mangelnde Reliabilität der Gutachten
- Mangelnde Qualität der Befunderhebung in vielen Gutachten
- Überwindung der terminologischen Verständnisschwierigkeiten zwischen Juristen und Psychiatern
- Die in den §§ 20/21 StGB enthaltenen Abstufungen und Graduierungen der Schuldfähigkeit

5. Die Ziele psychopathometrischer Befunderhebung und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie

Die einzelnen Ziele standardisierter und quantifizierender Befunderhebung lassen sich weitgehend von der klinischen auf die Forensische Psychiatrie übertragen (Nedopil 1985). Die psychopathologischen Phänomene, die bei der idiographischen Begutachtung nur eindrucksmäßig erfaßt werden, sollen durch psychopathometrische Verfahren objektiviert und quantifiziert werden. Die Ziele eines standardisierten forensisch-psychiatrischen Dokumentationssystems lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Die Systematisierung der Befunderhebung soll vermeiden, daß unpassende oder scheinbar unwichtige Daten ausgeblendet werden.
- Die Objektivierung der Befunderhebung soll zu einer geringeren Varianz bei der Beurteilung auf Symptom- und Syndromebene führen.
- Die Entscheidungsstrategien, die vom Befund zur Diagnose und zur forensischen Einordnung führen, sollen transparent gemacht werden.
- Durch die Transparenz der standardisierten Befunderhebung soll die Kommunikation mit den Juristen verbessert und die Beurteilung für die Juristen erleichtert werden.
- Durch die Entwicklung des Untersuchungsinstruments auf empirischer Grundlage soll die Diagnostik unabhängig von den verschiedenen psychopathologischen Schulen werden.
- Durch ein standardisiertes Dokumentationssystem soll die Begutachtung leichter lehrbar gemacht werden und damit ein Beitrag zur Verbesserung der forensisch-psychiatrischen Ausbildung geleistet werden.
- Die routinemäßige Anwendung einer standardisierten Begleitdokumentation soll der forensisch-psychiatrischen Grundlagenforschung bessere Möglichkeiten bieten als die alleinige idiographische Begutachtung.

II. FRAGESTELLUNG, METHODIK UND MATERIAL

Vorrangiges Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung einer standardisierten forensisch-psychiatrischen Begleitdokumentation zur Feststellung der medizinischen Voraussetzungen der Schuldfähigkeit im Sinne der §§ 20/21 des StGB. Dazu wurden nacheinander folgende Untersuchungsschritte durchgeführt:

1. Entwicklung der Anwendungsform des Dokumentationssystems
2. Retrospektive Anwendung des Dokumentationssystems an einer Zufallsstichprobe von 250 bereits abgeschlossenen Gutachten zur Schuldfähigkeit bei Aggressionstätern.
3. Untersuchung des Gewichts der einzelnen Merkmale des Dokumentationssystems in Bezug auf die in den Gutachten vollzogene Beurteilung der Schuldfähigkeit mit Hilfe statistischer Verfahren.
4. Überarbeitung (Revision) des Dokumentationssystems aufgrund der Ergebnisse der retrospektiven Anwendung.

1. Entwicklung eines 1. Entwurfs des Dokumentationssystems
(Anwendungsform)

1.1. Methodische Vorüberlegungen

Zunächst wurde erwogen, ob entweder ein speziell an forensischen Zwecken ausgerichtetes Dokumentationssystem zu entwickeln sei oder ein bestehendes klinisches Dokumentationssystem auf seine Anwendbarkeit in der forensischen Psychiatrie überprüft werden soll.

1.1.1. Vor- und Nachteile bei Übernahme eines klinischen Dokumentationssystems

a) Vorteile

Die klinische Psychiatrie hat bei der Entwicklung und Anwendung von Dokumentationssystemen einen erheblichen Wissens- und Erfahrungsvorsprung. Es liegen bereits Dokumentationssysteme vor, die die Qualitätsprüfung nach Objektivität, Reliabilität und Validität erfolgreich bestanden haben, die in der klinischen Praxis bereits routinemäßig angewandt werden und deren diagnostische Potenz als erwiesen gelten darf.

Da auch die meisten strafrechtlichen Gutachten immer noch von vorwiegend klinisch tätigen Psychiatern angefertigt werden, ist es von Vorteil für die Akzeptanz eines Systems, wenn die Anwendung bekannt und vertraut ist.

Die Anwendung eines klinischen Dokumentationssystems bietet die Möglichkeit des direkten Vergleichs von forensischen Populationen mit klinischen Populationen. Das würde auch der Forderung nach einer besseren Integration der forensischen in die allgemeine Psychiatrie (Foerster 1986, Gunn 1982) entsprechen und einer eventuellen Verbesonderung der forensischen Psychiatrie in Bezug auf Diagnostik, Verlaufsprognose sowie insbesondere in Bezug auf die Forschung entgegenwirken.

b) Nachteile

Die Populationen, an denen klinische Dokumentationssysteme entwickelt wurden, sind anders zusammengesetzt als die Klientel in der forensischen Psychiatrie vor allem zur Frage der Schuldfähigkeit. Während in der forensischen Psychiatrie Probanden mit Persönlichkeitsstörungen die Mehrzahl bilden (Mann u.a. 1981, Bochnik 1965), sind es in der stationären Behandlung die Psychosekranken, ein Sachverhalt, der sich auch in der Merkmalsauswahl der klinischen Systeme niedergeschlagen hat.

Die Fragestellungen bei der Begutachtung sind häufig andere als bei der klinischen Untersuchung. In der Klinik ist es ein Erfordernis, eine - zumeist vorläufige - diagnostischen Zuordnung ("Verdachtsdiagnose") zu treffen und von diesem Ansatz her ein Therapiekonzept zu entwickeln. In der forensischen Psychiatrie dagegen steht die Frage der Beeinträchtigung von Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit des Probanden zum Tatzeitpunkt im Vordergrund.

1.2. Konstruktion eines kombinierten forensisch-klinischen Dokumentationssystems

Die Vorteile eines klinischen Systems schienen die Nachteile zu überwiegen, deshalb sollte ein erprobter klinisches System übernommen werden. Die Nachteile bei der Anwendung eines klinischen Systems - Probleme durch andere Populationen und Fragestellungen - sollten durch einen zusätzlich entwickelten forensischen Dokumentationsteil ausgeglichen werden. Damit wurde auch eine Anregung von Mombour (1972) aufgegriffen, der feststellte, daß leider immer mehr die Tendenz bestehe, immer wieder neue Untersuchungsinstrumente zu schaffen, statt bestehende weiter zu entwickeln.

1.2.1. Auswahl des geeigneten klinischen Systems

Es war naheliegend, das im deutschsprachigen Raum am meisten verbreitete klinische Dokumentationssystem, das AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) als zentralen Dokumentationsteil für eine forensisch-psychiatrische Basisdokumentation auszuwählen. Einen gleichlautenden Vorschlag gab es bereits von Mende (1983) und Erhardt (1984). Für die Übernahme des AMDP-Systems sprachen neben seiner weiten Verbreitung besonders folgende Gründe:

- a) Es deckt nahezu ebensoviele psychopathologische Syndrome ab wie vergleichbare andere Dokumentationssysteme wie z.B. IMPS, BRPS. (Mombour 1974, Woggon 1979)
- b) Eine umfassende Qualitätsprüfung in Bezug auf Objektivität, Reliabilität und Validität ist beim AMDP-System bereits erfolgt (Gebhardt u.a. 1973, Woggon u.a. 1978, Woggon u.a. 1979, Baumann u.a. 1979, Busch u.a. 1980, Pietzcker u.a. 1981).
- c) Beim AMDP-System ist eine hohe Akzeptanz durch die Untersucher zu erwarten, viele klinisch tätige Psychiater sind durch Ratertraining und Anwendung im Umgang geschult.
- d) Es liegt ein bewährtes Manual zum AMDP-System vor. Für eine große Anzahl der Items eines forensisch-psychiatrischen Dokumentationssystems muß somit keine Operationalisierung erarbeitet werden. Es ist inhaltlich nicht an eine bestimmte psychopathologische Schule gebunden und spiegelt einen breiten Konsens wider.
- e) In einem anderen Teilgebiet der Psychiatrie, in der Gerantopsychiatrie, ist mit dem AGP-System (L. Ciompi u.a. 1973) bereits erfolgreich eine Fortentwicklung des AMDP-Systems erprobt worden.
- f) Teile des AMDP-Systems haben sich bereits bei Untersuchungen von forensischen Probanden bewährt (Athen 1986, Rösler u.a. 1986).
- g) Das AMDP-System enthält gegenüber vergleichbaren Dokumentationen einen besonders umfangreichen anamnestischen Teil. Den soziodemographischen Daten und den sozialen Belastungsfaktoren ("Veränderungen der Lebenssituation") wird breiter Raum eingeräumt, die in der forensischen Psychiatrie besonderes Gewicht haben (Nedopil 1985).

Das gesamte AMDP-System konnte in das forensische Dokumentationssystem einschließlich der Merkmalsdefinitionen aus dem AMDP-Manual (1981) übernommen werden. Lediglich bezüglich des Beurteilungszeitraums wurde eine Unter-

scheidung getroffen. Während sich beim AMDP der Anamnese-Teil auf Ereignisse bis zum Tag der Untersuchung bezieht, haben wir als Beurteilungszeitraum die Zeit bis zur Tat gewählt, obwohl nicht auszuschließen ist, daß in Einzelfällen Ereignisse nach der Tat das Begutachtungsergebnis beeinflussen. Dies war begründet in der Aufgabenstellung eines Schuldfähigkeitsgutachtens, das den psychischen Zustand zum Tatzeitpunkt feststellen soll. Dagegen bezieht sich der psychopathologische und somatische Befund wie im AMDP auf den Zeitpunkt der Untersuchung zur Gutachtenserstellung. Diagnosen (ICD) wurden getrennt nach den Zeitpunkten der Untersuchung und der Tat dokumentiert.

1.2.2. Erweiterung durch einen forensischen Teil

1.2.2.1. Dokumentationsvorform

Für den forensischen Teil wurde zunächst ein Inventar von Merkmalen zusammengestellt, das teilweise der einschlägigen Literatur entnommen wurde, teilweise auf langjährigen praktischen Erfahrungen der Abteilung für forensische Psychiatrie der Nervenlinik der Universität München beruhte.

Hauptpunkte des Inventars waren:

- a) Gutachten: Durchführung - Fragestellungen
- b) Straftat: Delikt, Täter, Opfer
- c) Zusatzuntersuchungen: EEG, EKG, Laborchemische Untersuchung, Röntgen, Testpsychologie
- d) Kriminelle Vorgeschichte: Kindheitsdelikte, Ersttat, frühere Delikte und Strafen
- e) Einfluß auf das jetzige Delikt: Alkohol, Medikamente, Drogen
- f) Aggressionstat: Art, Konfliktbereich, Einflüsse u. Abhängigkeiten
- g) Diagnosen zur Tatzeit: ICD (Degkwitz u.a. 1980), DMS III (APA 1984)
- h) Psychischer Befund zur Tatzeit: GAS-SCORE (Endicott u.a. 1976)

- i) Urteil des Gutachters: Gesetzesmerkmal, Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, Schuldfähigkeit

Die Merkmale wurden zu Fragen umformuliert, ihnen wurden Antwortkategorien zugeordnet. Für jedes Item und jede Antwortkategorie des forensischen Teils wurde eine Definition erarbeitet, die eine Beantwortung weitgehend festlegen sollte. Die Fragen des forensischen Teils wurden inhaltlich gegliedert und zusammen mit dem AMDP-Teil zu einer Dokumentationsvorform zusammengestellt.

1.2.2.2. Überprüfung der Dokumentationsvorform (Probelauf)

Bevor das Dokumentationssystem an 250 Gutachten der Abteilung für Forensische Psychiatrie der Universität München angewendet wurde, wurde es an einer unausgewählten Stichprobe von 30 Gutachten nach folgenden Kriterien auf seine Praktikabilität geprüft werden:

- a) Sind die Fragen des Dokumentationssystems retrospektiv ausreichend aus dem vorliegendem Gutachtenmaterial zu beantworten?
- b) Ist auch bei unabhängiger Auswertung der Gutachten durch zwei Untersucher eine hinreichend reliable Einschätzung der Merkmale gewährleistet?
- c) Müssen die vorläufig festgelegten Definitionen der Merkmale und Antwortkategorien abgeändert werden?
- d) Ergibt die Analyse der Gutachten Hinweise auf Merkmale, die für das Zielkriterium (Schuldfähigkeit) wichtig erscheinen und bisher in der Dokumentationsvorform fehlen.

Dieser Probelauf wurde in Durchgängen von je 15 Gutachten durchgeführt. Nach den ersten 15 Gutachten wurde die vorläufige Form des Dokumentationssystems geändert, die geänderte Form an weiteren 15 Gutachten angewendet, um zu prüfen, ob die Abänderung entsprechend bessere Ergebnisse bringt.

Nach dem Probelauf wurde die Anwendungsform für die Überprüfung an 250 Gutachten festgelegt (Anhang 1).

1.2.3. Ergänzung durch eine Eigenschaftenliste

1.2.3.1. Zum Begriff der "Habituellen Merkmale der Persönlichkeit"

Durch den psychopathologischen Befund des AMDP-Systems werden die überdauernden (habituellen) Merkmale der Persönlichkeit nicht erfaßt. Der Begriff der habituellen Merkmale geht nach Janke (1977) von der Annahme aus, daß jedes Individuum durch langfristig vorherrschende Bereitschaften zu emotionalen Reaktionen, unabhängig von den momentanen bzw. kurzfristigen Affekten, charakterisiert werden kann. Nach Stumpf (1959) sind es vor allem die erworbenen Persönlichkeitsanteile. Diese langfristigen, stabilen Merkmale werden als Eigenschaften (= Traits) den kurz- und mittelfristigen Reaktionen, den passageren Zuständen (= States) gegenübergestellt.

Eine solche Betrachtungsweise bedeutet eine Hinwendung an die statisch-strukturelle Persönlichkeitspsychologie, die zeit- und situationsinvariante Persönlichkeitsmerkmale im Sinne von Determinanten oder Ursachen von Verhalten (= Verhältnistendenzen) mißt. Im Gegensatz dazu steht die Verhaltenstheorie und -diagnostik, die auf Kontext- und Situationsabhängigkeit des Persönlichkeitsverhaltens sowie auf intraindividuelle Verhaltensunterschiede abstellt (Maisch 1983).

Die Ergänzung des Dokumentationssystems durch habituelle Persönlichkeitsmerkmale geschah aus folgenden Gründen:

- a) Im Schuldausschließungsmerkmal "schwere andere seelische Abartigkeit" wird der quantitative Aspekt der Schuldfähigkeit Beurteilung bei Persönlich-

keitsstörungen, Neurosen, abnormen seelischen Reaktionen sowie sexuelle Deviationen durch die Verwendung des Wortes "schwer" besonders betont (dazu Schreiber 1983, Schüler-Springorum 1986).

- b) Persönlichkeitsstörungen werden in der Klientel der forensischen Psychiatrie besonders häufig diagnostiziert. Die Beurteilung ihrer Krankheitswertigkeit (und damit ihrer forensischen Relevanz) bereitet besondere Schwierigkeiten (Glatzel 1985), da es sich bei diesen Befindens- und Verhaltensstörungen um quantitative Abweichungen von einer gedachten Norm handelt (Mende 1984).
- c) Mit dem AMDP-System werden vorwiegend akute Auffälligkeiten, weniger überdauernde Eigenschaften erfaßt.

Die Übereinstimmung unter den Psychiatern in der Diagnostik auffälliger Persönlichkeiten ist trotz differenzierter Beschreibungen oder der Psychopathienlehre (Schneider 1946, Leonhard 1976, Petrilo-witsch 1966) noch sehr niedrig (Shepherd, Sartorius 1974). Die Eigenschaftenliste kann somit nur den Versuch einer standardisierten Erfassung von Persönlichkeitsauffälligkeiten darstellen, ohne eine diagnostische Festlegung zu beinhalten.

1.2.3.2. Konstruktion der Eigenschaftenliste

Aus 60 vorliegenden Gutachten wurden alle verwendeten Eigenschaftswörter gesammelt, die zur Beschreibung habitueller Wesensmerkmale benützt wurden; außerdem wurde ihre Häufigkeit festgehalten.

Die ca. 450 vorgefundenen Eigenschaftswörter wurden mit Hilfe eines Synonymwörterlexikons (Dudenredaktion 1982) zu Gruppen gleichbedeutender und bedeutungsähnlicher Adjektiva zusammengestellt. Aus jeder Gruppe wurde der Begriff ausgewählt, der in den Gutachten am häufigsten verwendet wurde. Die restlichen Synonyma

wurden gestrichen, es verblieb eine Liste von 71 Persönlichkeitsmerkmalen. Aus dieser Liste wurden die Eigenschaftsbegriffe gestrichen, die erkennbar eine für den Probanden und seine Umwelt positive Persönlichkeitseigenschaft (z.B. freundlich, ordentlich, höflich) beschrieben. Die Entfernung der positiven Eigenschaften führt zwar zu einer einseitigen Beschreibung, schien jedoch in Anbetracht des Ziels einer psychopathologischen Befunderhebung sinnvoll.

Außerdem wurden von den verbleibenden Begriffen alle diejenigen gestrichen, die bei den analysierten 60 Gutachten nur einmal verwendet wurden. Nach dieser Reduktion lag eine Liste von 51 habituellen Persönlichkeitsmerkmalen vor (Anhang 1, S. 17).

Unabhängig von der durch Gutachtenanalyse entwickelten Eigenschaftenliste wurden die diagnostischen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen, wie sie im Glossar des ICD und DSM III beschrieben werden, dokumentiert. Diese Kontrolliste wurde mit der Eigenschaftenliste verglichen. Der Vergleich zeigte, daß die Kategorien der genannten Diagnoseschemata ausreichend abdeckt wurden.

1.3. Die Anwendung des Dokumentationssystems

Nachdem die Probeläufe mit der Vorform eine gute Übereinstimmung zwischen zwei Auswertern ergeben hatten, wurde die retrospektive Anwendung auf zwei Untersucher aufgeteilt. Beide Auswerter waren zu Beginn der Untersuchung approbierte Ärzte, beide hatten eine ca. halbjährige klinisch-psychiatrische Erfahrung.

Die Gutachtensauswertung erfolgte mit Hilfe der in den Probeläufen erarbeiteten Merkmalsdefinitionen. Die Aufteilung auf je 125 Gutachten erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Die Analyse eines Gutachtens nahm zwischen 5 und 10 Stunden in Anspruch.

1.4. Auswertung der Erhebung

Nach Abschluß der Probeläufe wurde die äußere Form des Dokumentationssystems (siehe Anhang 1) so gestaltet, daß es für eine Übertragung auf IBM-Lochkarten geeignet war. Die Übertragung auf Lochkarten und die statistische Berechnung wurde mit Hilfe des BMDP-Programms (Dixon u.a. 1985) durch das Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik durchgeführt.

Zunächst wurden alle erhobenen Merkmale auf die Häufigkeit ihres Vorkommens in der gewählten Population untersucht. Darauf wurde jeder Proband entsprechend seiner Beurteilung durch den Gutachter einer Schuldfähigkeitsgruppe zugeordnet. Dazu wurden die fünf möglichen Schuldfähigkeitsaussagen zu folgenden 3 Gruppen zusammengefaßt:

Tab. 1

Schuldfähigkeitsgruppe	Beurteilung: Med. Voraussetzungen für die Anwendung des
Schuldfähige (-)	§ 20 und § 21 nicht vorhanden
Vermindert-Schuldfähige (§ 21)	§ 21 nicht ausschließbar und § 21 positiv zu bejahen
Schuldunfähige (§ 20)	§ 20 nicht ausschließbar und § 20 positiv zu bejahen

Auf Kontingenztafeln wurde die prozentuale Verteilung jedes Merkmals auf die einzelnen Schuldfähigkeitsgruppen darstellt. Damit konnte für jedes Merkmal geprüft werden, ob die prozentuale Verteilung der Merkmalsträger der Verteilung der Gesamtpopulation entsprach. Die Ergebnisse werden umfassend in Tabellenform dargestellt. Die Ergebnisse einer Prüfung der Unterschiede in den einzelnen Schuldfähigkeitsgruppen auf Überzufälligkeit durch Signifikanztest (Chi-Quadrat-Test) werden nicht wiedergegeben,

da

- bei einer so großen Anzahl von Variablen Signifikanzen auch durch Zufall entstehen. Eine vorzeitige Selektion in signifikante und nicht-signifikante Merkmale könnte vorschnell zu falschen Folgerungen führen und in einem frühen Stadium der Entwicklung des Dokumentationssystems zu einer nicht berechtigten Unter- oder Überbewertung von einzelnen Items verleiten;
- die Zahl der gleichzeitig in einer Tabelle zu analysierenden Variablen durch den Umfang von 250 Probanden zu begrenzt ist, weil die Untergruppen für inferenzstatistisch abgesicherte Ergebnisse häufig zu klein werden (Göppinger 1983)

Durch die möglichst umfassende Darstellung der quantitativen Erfassung der gesamten Probanden- und Tatvariablen soll die Vielfalt der zu begutachtenden Täter- und Verhaltensvariablen veranschaulicht werden. In diesem Umfang ist eine quantitative Erhebung in Bezug auf Schuldfähigkeit im deutschsprachigem Raum nicht bekannt.

2. Fragestellungen

Die Wertigkeit der einzelnen Items des Dokumentationssystems sollte dadurch gemessen werden, daß ihre Bedeutung für die Schuldfähigkeitsbeurteilung überprüft wurde. Neben den Einzelmerkmalen ist aber auch das Gesamtsystem auf seine Eignung zu überprüfen, indem das methodische Konstruktionsprinzip - Kombination eines klinischen Systems mit einem forensischen Teil - in Frage gestellt wird.

2.1. Eignung des Dokumentationssystems

Beim AMDP-System steht die Frage im Vordergrund, ob sich dieses in der klinischen Psychiatrie bewährte Dokumentationssystem prinzipiell auch für die Anwendung in der Forensischen Psychiatrie eignet:

- Erweist es sich als richtig, das AMDP-System unverändert in ein forensisches Dokumentationssystem zu integrieren?
- Oder ist es ausreichend, nur einzelne Teile des AMDP-Systems zu übernehmen?
- Müssen einzelne Merkmale oder sogar ganze Abschnitte des AMDP-System modifiziert werden?

Beim neu konstruierten Forensischen Teil interessiert besonders, ob mit den gewählten Items der Beurteilungsbereich zur Feststellung der Schuldfähigkeit ausreichend erfaßt ist.

2.2. Bedeutung der Einzelmerkmale für die Schuldfähigkeitsbeurteilung

Das Interesse dieses Teils der Untersuchung gilt der Frage nach dem Zusammenhang zwischen den untersuchten Merkmalen und der Schuldfähigkeitsbeurteilung, d.h. in welchem Ausmaß beeinflussen die einzelnen Variablen den Entscheidungsprozeß des Gutachters:

- Orientiert sich die Schuldfähigkeitsbeurteilung vorwiegend an den klinischen Daten oder beeinflussen auch tatspezifische Merkmale oder bisherige Delinquenz die Beurteilung?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen allgemeinen Persönlichkeitsdaten oder psychosozialen Belastungsfaktoren und dem Grad der Schuldfähigkeit?
- Beeinflussen Aspekte der Gutachtensdurchführung (z.B. Person des Gutachters, zeitlicher Abstand zur Tat) die Schuldfähigkeitsbeurteilung?

Der Zweck dieser Untersuchung liegt darin, auf der niedrigst möglichen Ebene der beobachtbaren, erfragbaren und

klassifizierbaren Phänomene festzustellen, welche Merkmale am ehesten zwischen den Schuldfähigkeitsgruppen unterscheiden.

3. Material

3.1. Gutachtenauswahl, Ein- und Ausschlußkriterien

250 abgeschlossene, forensisch-psychiatrische Gutachten aus der "Abteilung für Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Universität München" wurden mit der Anwendungsform des Dokumentationssystems (Anhang 1) ausgewertet. Die Gutachten waren von April 1971 bis Mai 1984 erstellt worden. Aus 556 vorliegenden Gutachten über 475 Aggressionstäter, wurde eine Zufallsstichprobe von 250 Gutachten gezogen, die dem Kriterium "Beantwortung der Frage nach den medizinischen Voraussetzungen der §§ 20/21 StGB bzw. 51.1 und 51.2 StGB a.F." genügen mußten. Von jedem Probanden wurde nur ein Gutachten verwendet. Lagen mehrere Begutachtungen vor, wurde nur das zeitlich erste Gutachten ausgewählt.

250 Gutachten wurden ausgewählt, um die Ergebnisse dieser Studie an den verbleibenden Gutachten kreuzvalidieren zu können. Die Stichprobenauswahl erfolgte durch Zufall. Aus einer nach Probandennamen alphabetisch geordneten Kartei wurde zuerst jedes zweite Gutachten, von den restlichen jedes zehnte Gutachten ausgewählt, bis die vorgegebene Zahl von 250 Gutachten erreicht war.

Tab. 2

Einschlußkriterien:	1. Gutachtenserstellung von April 1971 bis Mai 1984 2. Frage nach §§ 20/21 StGB und Beantwortung dieser Frage 3. Aggressionstat
Ausschlußkriterium:	Gutachten nach der ersten Begutachtung, falls mehrere vorliegen

3.2. Anmerkungen zu dem Auswahlkriterium "Aggressionstat"

Als "Aggressionstat" wurden solche Delikte gewertet, die eine vorsätzliche ernsthafte Bedrohung oder eine vorsätzliche Verletzung der körperlichen Unversehrtheit einer Person, mit der Absicht diese Person zu schädigen, zum Inhalt hatten.

Bei Mord, Totschlag und Raub wurde immer eine Aggressionstat unterstellt, unabhängig davon, ob ein Versuch oder eine Vollendung der Tat vorlag. Bei Sexualdelikten wurde nur der Straftatsvorwurf im Sinne des § 177 StGB (Vergewaltigung) und des § 178 StGB (sexuelle Nötigung), die nach Schorsch (1986) nur etwa 10 bis 15 % aller Sexualdelikte ausmachen, als Aggressionstat gewertet. Bei Körperverletzung wurde nur die vorsätzliche Körperverletzung berücksichtigt. Die Delikte Erpressung und Entführung wurden nur dann als Aggressionstaten gewertet, wenn sie mit der Drohung für Leib oder Leben einer anderen Person einhergingen. Brandstiftungen wurden nicht in die Untersuchungen miteinbezogen, da hier die Entscheidung, ob die Tat als Aggressionstat, Versicherungsbetrug oder mutwillige Sachbeschädigung einzustufen ist, retrospektiv nicht mit der nötigen Sicherheit getroffen werden konnte.

Obwohl eine Eignung des zu konstruierenden Dokumentationssystems für alle Schuldfähigkeitsgutachten, also auch bei nichtaggressiven Delikten, angestrebt ist, gab es zwei Gründe, die Anwendung auf Aggressionsdelikte zu beschränken:

- a) Das Dokumentationssystem sollte am wichtigsten und oft schwierigsten Teil der Begutachtungsaufgaben geprüft werden.
- b) Die Auswahl dieser homogenen Population sollte einen Einblick in die Entstehung und Struktur von Aggressionstaten und -tätern aus forensisch-psychiatrischer Sicht ermöglichen.

3.3. Inhalt und Umfang der Gutachten

Der Aufbau und die inhaltliche Gliederung der vorliegenden Gutachten ist trotz des langen Zeitraumes, auf den sich die Untersuchung bezieht (1971-1984), und der verschiedenen Gutachter weitgehend identisch:

- a) Aktenlage: Auszug aus den Gerichtsakten, Auszüge aus den Krankenunterlagen, kurze Wiedergabe von früheren Begutachtungen.
- b) Eigene Angaben des Probanden: Familienanamnese, frühere körperliche und psychische Erkrankungen, soziale Entwicklung, sexuelle Entwicklung, eventuelle Einnahme suchterzeugender Stoffe, derzeitige soziale Situation, jetzige Beschwerden, Angaben zum Delikt.
- c) Fremdanamnese (nur bei einem Teil der Gutachten): vorwiegend von den engsten Angehörigen wie Eltern, Geschwister, Ehefrau.
- d) Befunde: Orientierender körperlicher Allgemeinbefund neurologischer Befund, psychischer Befund einschließlich Verlaufsbeobachtung bei stationär untersuchten Probanden, diagnostische Überlegungen.
- e) Zusatzuntersuchungen: (kurze Wiedergabe des Ergebnisses) häufig: Testpsychologisches, neuroradiologisches und elektroenzephalographisches Zusatzgutachten selten: Klinisch-chemisches und kardiologisches Zusatzgutachten.
- f) Beurteilung: Zusammenfassung und Diskussion der für die Fragestellung relevanten Erhebungen und Befunde, Beantwortung der Fragestellung des Gutachtens.

Das kürzeste Gutachten umfaßte 15 Seiten, das längste 229 Seiten. Die meisten Gutachten hatten zwischen 50 und 90 Seiten, der Durchschnitt der Seitenzahl lag bei 70 Seiten. Zum Vergleich: Bei Heinz (1982) beträgt die durchschnittliche Seitenzahl bei fachärztlichen Gutachten zur Schuldfähigkeit 22,2 Seiten, bei Klose 1982 (Universitätsgutachten) 25,7 Seiten. Die erhebliche Differenz ist sicher nur zum Teil damit zu erklären, daß in den erwähnten Untersuchungen auch Gutachten zu "einfachen" Delikten

wie Diebstahl oder Betrug berücksichtigt wurden. Beide Autoren sehen übrigens in einer hohen Seitenzahl ein positives Qualitätsmerkmal, ein Umstand, der bei der Bewertung der vorliegenden Ergebnisse nicht außer Betracht bleiben sollte.

3.4. Repräsentativität der Stichprobe

Trotz des bestimmenden Auswahlkriteriums "Aggressionstat" kann diese Stichprobe nicht als repräsentativ für aggressive Straftäter betrachtet werden. Die Probandenauswahl wurde durch die Zuweisungspraxis der Gerichte getroffen, sie ist vorwiegend deliktspezifisch orientiert. So sind in unserer Auswahl Tötungsdelikte weit überproportional vertreten, während "leichtere" Aggressionsdelikte unterrepräsentiert sind.

Auch eine diagnostische Repräsentativität kann nicht unterstellt werden, da erkennbar akut psychotische Patienten häufig unmittelbar nach ihrer Festnahme in eine psychiatrisches Bezirkskrankenhaus gebracht und später dort auch begutachtet werden.

Für die Ziele dieser Untersuchung stellte die unvermeidliche Probandenselektion keine entscheidende Beeinträchtigung dar. Verallgemeinernde Aussagen über Aggressivität, Kriminalität und psychisch-krankte Straftäter können jedoch nicht abgeleitet werden.

III. E R G E B N I S S E

Die Ergebnisse werden, inhaltlich nach sieben Bereichen geordnet, folgendermaßen dargestellt:

- 1) Gutachtensdurchführung
- 2) Die zu begutachtende Tat ("Indexdelikt")
- 3) Zur Lebensgeschichte des Probanden
- 4) Kriminelle Entwicklung und Delinquenz
- 5) Psychiatrische Anamnese
- 6) Psychische Befund und Diagnose
- 7) Forensisch-psychiatrische Beurteilung

Die einzelnen Variablen wurden unabhängig von den anderen Variablen untersucht. Bei jedem Merkmal wurde die Verteilung der Merkmalsträger auf die Schuldfähigkeitsgruppen berechnet und zur Verteilung der Gesamtpopulation in Beziehung gesetzt: 69 (27,6 % aller Probanden) waren schuldfähig, 144 (57,6 %) waren vermindert schuldfähig, 37 (14,8 %) waren schuldunfähig.

Alter und Geschlecht der Probanden werden bei den soziodemographischen Daten aufgeführt.

Wo sich Daten aus vergleichbaren Untersuchungen fanden, wurden diese bereits im Ergebnisteil den Daten dieser Studie gegenübergestellt. Als wesentliche Datenquellen für Bezugspopulationen und Vergleichsgruppen wurden vor allem die Untersuchungen von Bochnik u.a. (1965), Böker u. Häfner (1973) und Göppinger (1983) herangezogen.

a) Bochnik u.a. (1965)

Diese Studie beinhaltet eine multifaktorielle Analyse von forensisch-psychiatrischen Gutachten über 329 Männer und 47 Frauen, die zwischen 1946 und 1961 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg stationär untersucht wurden. Die Tattypen Gewalt, Diebstahl, Betrug, Sucht- und Sittlichkeitsdelikte wurden miteinander verglichen und Korrelations- und Faktorenanalysen über die kriminologisch-sozialen und psychiatrischen Zusammenhänge angefertigt.

b) Böker und Häfner (1973)

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um die Totalerhebung von Gewalttaten (Tötungsdelikte) Geistesgestörter in der Bundesrepublik Deutschland von 1955 - 1964. Von 533 Probanden wurden die Gutachten, Gerichtsakten und Krankenblätter ausgewertet. Die Studie hatte zum Ziel, Aussagen zur Gefährlichkeit psychischer Kranker zu machen. Dazu wurden vorwiegend Vergleiche mit gesunden Gewalttätern und einer Auswahl psychisch kranker "Nichttäter" durchgeführt.

c) Göppinger (1983)

In dieser Vergleichsuntersuchung wurden 200 männliche Häftlinge (H-Gruppe) im Alter von 20 - 30 Jahren, die eine Freiheitsstrafe von mindestens 6 Monaten zu verbüßen hatten, einer Vergleichsgruppe (V-Gruppe) aus der "Normal-Bevölkerung" gegenübergestellt. Die V-Gruppe wurde nach den Kriterien Alter, Geschlecht und geographische Herkunft parallelisiert. Anhand von Interviews, Aktenanalysen, psychologischen Tests und medizinischen Untersuchungen wurden Merkmale zur Person und zum Sozialbereich erhoben, um Aussagen über Kennzeichen für wiederholte Straffälligkeit zu machen.

1. Zur Durchführung der Gutachten

1.1. Gutachter

An der Erstellung der 250 Gutachten waren 20 Gutachter beteiligt, davon waren allerdings 9 Gutachter nur mit einem Gutachten vertreten.

Es wurden drei Gutachtergruppen gebildet:

- Gutachter A (n=2) mit mehr als 50 Gutachten in der Stichprobe
- Gutachter B (n=4) mit 10 - 50 Gutachten in der Stichprobe
- Gutachter C (n=14) mit weniger als 10 Gutachten in der Stichprobe

Tab. 3

Gutachter	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gtr. A: <50	39	24,8	89	56,7	29	18,5	157	62,8
Gtr. B: 10-50	23	32,9	40	57,1	7	10	70	28,0
Gtr. C: >10	7	30,4	15	65,2	1	4,5	23	9,2
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

Läßt man andere Einflußparameter außer Acht, schienen Gutachter mit langer Erfahrung, gemessen an der Anzahl der erstellten Gutachten, häufiger zu exkulpieren, als Gutachter mit mittlerer und kurzer Erfahrung.

1.2. Auftraggeber des Gutachtens

Hauptauftraggeber waren bei Aggressionsdelikten erwartungsgemäß Richter am Landgericht mit 45,6 %, gefolgt von Staatsanwaltschaften mit 35,2 %, seltener Richter am Amtsgericht mit 19,2 % der Gutachten.

Tab. 4

Auftraggeber	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Richter a. AG	11	22,9	29	60,4	8	16,7	48	19,2
Richter a. LG	31	27,2	64	56,1	19	16,6	114	45,6
Staatsanwalt	27	30,7	51	58,0	10	11,4	88	35,2
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

Der Anteil der Schuldunfähigen war bei Auftrag durch die Staatsanwaltschaft leicht erniedrigt, insgesamt war die Schuldfähigkeitsbeurteilung vom Auftraggeber unabhängig.

1.3. Untersuchungsform und Beobachtungsdauer

a) Form

In zwei Drittel der Fälle wurde der Proband ambulant untersucht, die restlichen Probanden wurden stationär aufgenommen, meist nach § 81 StPO, (Einweisung zur Beobachtung in ein psychiatrisches Krankenhaus). Bei Heinz (1982) war die Verteilung bei der Durchführung der Erstgutachten (n=50) ähnlich: 72 % ambulant, 28 % stationär.

Tab. 5

Form	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ambulant	52	30,4	102	59,6	17	10,0	171	68,4
stationär	17	21,5	42	53,2	20	25,3	79	31,6
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

b) Beobachtungsdauer

Hier wurde die Dauer zwischen dem ersten und letzten Tag der Untersuchung festgehalten, nicht die Anzahl der Untersuchungstage.

Tab. 6

Dauer	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - 1 Woche	45	33,8	74	55,6	14	10,5	133	53,2
1 - 2 Wochen	11	22,9	29	60,4	8	16,7	48	19,2
> 2 Wochen	13	23,2	29	51,8	14	25,0	56	22,4
keine Angabe	-		12		1		13	5,2
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

Bei stationärer Untersuchung lag der Anteil der Exkulpierten zweieinhalb mal so hoch als bei der ambulanten Durchführung, entsprechend war der Anteil der Schuldfähigen bei ambulanter Untersuchung erheblich höher (30,4%) als bei stationärer Untersuchung (21,5%). Da stationäre

Durchführung meist mit längerer Beobachtungsdauer und ambulante Untersuchung mit kurzer Beobachtungsdauer verbunden ist, ergab die Beobachtungsdauer ein ähnliches Ergebnis.

Festzuhalten bleibt: Bei kurzer und ambulanter Untersuchung war der Anteil der Schuldfähigen, bei langer und stationärer Untersuchung jener der Schuldunfähigen erhöht.

1.4. Abstand zwischen Tat und Begutachtung

Entscheidend für die Beurteilung der Schuldfähigkeit ist der psychische Zustand zur Tatzeit; der Gutachter muß daher rückschließend urteilen. Es war zu untersuchen, ob der Abstand zwischen der Tat und der Begutachtung sich auf die Beurteilung der Schuldfähigkeit auswirkt.

Tab. 7

Abstand	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-3 Monate	16	21,3	49	65,3	10	13,3	75	30,0
4-6 Monate	14	27,5	30	58,8	7	13,7	51	20,4
7-9 Monate	13	28,3	23	50,0	10	21,7	46	18,4
10-12 Monate	8	26,7	18	60,0	4	13,3	30	12,0
> 1 Jahr	18	37,5	24	50,0	6	12,5	48	19,2
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

In der Hälfte der Fälle (49,6%) begann die Begutachtung erst mehr als ein halbes Jahr nach der Tat, bei 19,2 % erst nach einem Jahr.

Der Anteil der Schuldunfähigen war unabhängig vom Abstand zur Tat. Der Anteil der Schuldfähigen war jedoch bei sehr langem Abstand zur Tat fast doppelt so hoch (37,5%) wie bei sehr kurzem Abstand (21,3%).

1.5. Fragestellungen des Auftraggebers

Außer der Frage nach den medizinischen Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB (Einschlußkriterium für die Probandenauswahl) wurden noch folgende Fragen vom Auftraggeber an den Gutachter gestellt.

Tab. 8

Frage nach med. Voraussetzungen des	n	% von 250
§63/§64 StGB Unterbringung	42	16,8
§105 JGG Anwendung der Jugendstrafr.	15	6,0
§3 JGG Strafrechtl. Verantwortlichk.	10	4,0

In 16,8 % der Fälle wurde nach §§ 63/64 StGB gefragt.

Bei 15 Probanden wurde die Frage gestellt, ob Jugendstrafrecht (§ 105 JGG) angewendet werden sollte, obwohl bei 45 Probanden ein Tatzeitalter zwischen 18 und 21 Jahren vorlag. In 35 Fällen hat der Gutachter dazu Stellung genommen.

Bei 10 von 14 Probanden im Alter von 14 - 18 Jahren sollte zur Strafreife nach § 3 JGG Stellung genommen werden.

2. Die zu begutachtende Tat ("Indexdelikt")

Delikt

2.1. Art der Tat

Hier wurde der angeklagte oder angeschuldigte Straftatsvorwurf festgehalten. Es wurde nicht zwischen versuchter und vollendeter Tat unterschieden.

Tab. 9

Sch. Art der Tat	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mord/Totschl.	27	22,1	75	61,5	20	16,4	122	48,8
Körperverlet.	6	28,6	12	57,1	3	14,3	21	8,4
Sexualdelikt	15	28,3	29	54,7	9	17,0	53	21,2
Raub	20	41,7	23	47,9	5	10,4	48	19,2
Erpressung/ Entführung	1	16,7	5	83,3	-		6	2,4
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

Der Hälfte der Probanden wurde ein Tötungsdelikt vorgeworfen. Mit jeweils ca. 20 % waren Raub und Sexualdelikte, mit 8 % Körperverletzung vertreten.

Der Anteil der Schuldfähigen lag bei Mord und Totschlag unter dem Durchschnitt von 27,6 %; bei Raub war der Anteil der Schuldfähigen fast doppelt so hoch wie bei den Tötungsdelikten. Bei Sexualdelikten und Körperverletzung wich die Schuldfähigkeitsbeurteilung nicht wesentlich von der Durchschnittsverteilung der Gesamtstichprobe ab.

2.1.1. Vergleich mit anderen Quellen

a) Vergleich mit Bay. Polizeilicher Kriminalstatistik
1984

Tab. 10

Delikt	Kriminal- statistik n = 14051	Eigene Unter- suchung n = 250
Mord u. vorsätzliche Tötung	3,2 %	48,8 %
Vergewaltigung u. sex. Nöt.	9,4 %	21,2 %
Raub	19,1 %	19,2 %
Körperverletzung	66,5 %	8,4 %
Erpressung/Entführung	1,7 %	2,4 %
	100 %	100 %

Der Vergleich mit der Bay. Kriminalstatistik zeigt, daß bei der untersuchten Population Mord- und Totschlagsdelikte deutlich überrepräsentiert (48,8 % gegen 3,2 %) und die Körperverletzungen unterrepräsentiert waren. Die Sexualdelikte waren bei der Begutachtung doppelt so hoch vertreten, der Anteil von Raub- und Erpressungs- sowie Entführungsdelikten entsprach den Zahlen der Kriminalstatistik.

b) Vergleich mit Bochnik u.a. (1965)

Tab. 11

Delikt	kein §		§ 21		§ 20		Gesamt	
	Bochnik	Eigene	Bochnik	Eigene	Bochnik	Eigene	Bochnik	Eigene
	%	%	%	%	%	%	n	n
Mord, Totschl.	44,5	22,1	37,0	61,5	18,5	16,4	27 40,3	122 48,8
vorsätzl Körperverletz.	20,0	28,6	40,0	57,1	40,0	14,3	20 29,9	21 8,4
Sexuald. Notzucht	27,3	28,3	54,5	54,7	18,2	17,0	11 16,4	53 21,2
Raub	33,3	41,7	66,7	47,9	0	10,4	9 13,4	48 19,2
Erpress. Entführ.	-	-	-	-	-	-	0 0	6 2,4
Gesamt	32,8	27,6	44,8	57,6	22,4	14,8	61 100	250 100

Auch bei Bochnik waren die meisten Probanden wegen Mord und Totschlag beschuldigt, das Delikt Körperverletzung ist dagegen bei Bochnik fast viermal häufiger als in dieser Untersuchung vertreten.

Der Anteil der Schuldunfähigen (§ 20, § 51.1) war in der Studie von Bochnik et al. bei Tötungs- und Sexualdelikten ähnlich. Bei Körperverletzung war die Exkulpierungsrate mit 40 % bei Bochnik jedoch sehr viel höher als in dieser Studie. Übereinstimmend wurde in beiden Instituten beim Delikt Raub am seltensten Schuldunfähigkeit festgestellt. Auffällig ist die gute Übereinstimmung in allen Schuldfähigkeitsgruppen bei Sexualdelikten, die allgemein als schwierig zu beurteilen gelten (Langelüddeke und Bresser 1976).

Insgesamt waren die Schuldfähigkeitsraten bei Gewaltdelikten in den beiden Universitätsabteilungen nicht sehr verschieden. Gegenüber Bochnik war der Anteil der Dekulpierten höher, der Anteil der Exkulpierten jedoch niedriger.

2.2. Einzel- oder Gemeinschaftstäter

Tab. 12

	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
Einzel	47 23,6	115 57,8	37 18,6	199 79,6
Gemeinschaft	22 43,1	29 56,9	0 0	51 20,4
Gesamt	69 27,6	144 57,6	37 14,8	250 100

Jeder fünfte Proband unserer Auswahl war ein Gemeinschaftstäter. Keiner von Ihnen wurde als schuldunfähig beurteilt. Gemeinschaftstäter wurden doppelt so häufig wie Einzeltäter als schuldfähig beurteilt.

2.3. Frühere Aggressionstaten

a) Erst- oder Wiederholungsaggressionstäter

Tab. 13

	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
Erste	33 26,8	66 53,7	24 19,5	123 46,4
Wiederholte	31 26,7	73 62,9	12 10,3	116 49,2
nicht beurteilbar	5 -	5 -	1 -	11 4,4
Gesamt	69 27,6	144 57,6	37 14,8	250 100

Bei der Hälfte der Probanden stellte das Indexdelikt die erste schwerwiegende Aggressionshandlung dar. Der Anteil der Schuldfähigen war bei Erst- und Wiederholungstätern gleich hoch. Der Anteil der Schuldunfähigen lag in der Gruppe der Erstaggressionstäter doppelt so hoch.

b) Gleichartige oder verschiedene frühere Aggressionsdelikte

Dieses Merkmal war nur bei 110 von 116 Wiederholungsaggressionstätern beurteilbar.

Tab. 14

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
gleichartig	14	26,4	37	69,8	2	3,8	53	48,2
verschieden	14	24,6	35	61,8	8	14,0	57	51,8

Die Hälfte der Wiederholungsaggressionstäter hatte bereits eine in Bezug auf das Indexdelikt gleichartige Aggressionstat in der Vorgeschichte, dabei fällt auf, daß von diesen nur 3,8 % exkulpiert wurden.

2.4. Alkohol zur Tatzeit

Bei der Erhebung der Blutalkoholkonzentration (BAK) zur Tatzeit muß zwischen den Fällen unterschieden werden, bei denen ein labortechnisch ermittelter BAK-Wert, rückgerechnet auf die Tatzeit, vorlag (= gemessene BAK) und Fällen, bei denen die BAK aufgrund von Probanden- und Zeugenaussagen mit der Widmarkschen Formel eingeschätzt wurde (= anamnestische BAK). Auf die Problematik der Bewertung der anamnestischen BAK kann nicht eingegangen werden, BAK-Berechnungen aufgrund subjektiver Angaben sind in der Gerichtspraxis jedoch die Regel. Sie erhalten eine gewisse Objektivierung, wenn Zeugenangaben vorliegen.

Tab. 15

BAK	n	%	n	%	n	%	Gesamt n	%
kein Alkohol	35	41,7	34	40,5	15	17,9	84	33,6
< 1 ‰ anamnestisch	11	35,2	13	44,4	2	20,4		21,6
gemessen	(19) 8		(24) 11		(11) 9		54	
1 - 2 ‰ anamnestisch	7	15,1	27	75,6	3	9,3		34,4
gemessen	(13) 6		(65) 38		(8) 5		86	
2 - 3 ‰ anamnestisch	1	4,2	4	83,3	1	12,5		9,6
gemessen	(1) 0		(20) 16		(3) 2		24	
> 3 ‰ anamnestisch	1		0		0			0,8
gemessen	(1) 0		(1) 1		0		2	
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100
ohne Alkohol	35	41,7	34	40,5	15	17,9	84	33,6
mit Alkohol	34	20,5	110	66,3	22	13,3	166	66,4

Eine Alkoholisierung war in 66,4 % der Fälle beschrieben, in 44,8 % lag eine BAK von mehr als 1,0 Promille vor. Die Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 1984 gibt bei Straftaten gegen das Leben einen Alkoholeinfluß in 48,4 % der Fälle an.

Der Anteil der Schuldfähigen war umgekehrt proportional zur Höhe der BAK: Er betrug von 41,7 % bei 0 Promille, 15,1 % bei 1 - 2 Promille und 4,2 % bei 2 - 3 Promille. Umgekehrt stieg der Anteil der Dekulpierten von 40,5 % bei 0 Promille auf 83 % bei 2 - 3 Promille. Für die Grenzziehung zwischen erhaltener und verminderter Schuldfähigkeit schien das Überschreiten des 1 Promille-Wertes relevant zu sein. Für die Annahme von Schuldunfähigkeit ist die BAK zur Tatzeit offenbar ohne Einfluß geblieben.

Die große Bedeutung des Alkohols als konstellativer Faktor für die Schuldfähigkeitsbeurteilung, insbesondere für die Entscheidung "schuldfähig" oder "vermindert schuldfähig" ist selbst bei der isolierten Betrachtung dieses Merkmals offensichtlich.

2.5. Drogen und Medikamente zur Tatzeit

Gemessen am Alkohol war die Bedeutung von Drogen und zentralwirksamen Medikamenten nur gering.

Tab. 16

	- n	§ 21 n	§ 20 n	Gesamt n %
DROGEN				
Haschisch	4	4	-	8 3,2
Halluzinogene	2	2	-	4 1,6
Heroin	1	2	1	4 1,6
Kokain	-	-	-	0 0
MEDIKAMENTE				
Schmerzmittel	7	15	2	24 9,6
Opiate	-	1	-	1 0,4
Tranquilizer	7	11	1	19 7,6
Weckamine	2	2	-	4 1,6
Thymoleptika	-	2	1	3 1,2
Neuroleptika	-	-	-	0 0

Wegen der geringen Fallzahlen wurden prozentuale Verteilungen nicht berechnet. Der untersuchte Begutachtungszeitraum erstreckte sich von Mai 1971 bis April 1984, also nach dem Beginn der "Drogenwelle", von daher waren nur 4 Fälle von Heroinmitwirkung überraschend wenig. Fast die Hälfte der Probanden mit Drogeneinnahme wurde als schuldfähig beurteilt. Bei den Medikamenten wurden die Schmerzmittel (9,6 %) und die Tranquilizer (7,6 %) am häufigsten angegeben. In zwei Drittel lag eine ärztliche Indikationsstellung vor; die empfohlene Dosis wurde nicht überschritten. In keinem Fall hat eine Neuroleptikaeinnahme im zeitlichen Zusammenhang mit der Tat vorgelegen, obwohl z.B. bei 12 Probanden Schizophrenien diagnostiziert wur-

den und bei einigen die Krankheit bereits vor der Tat bekannt war.

2.6. Anzahl der Opfer

Die Aggressionsdelikte mit einem Opfer (80 %) überwogen, nur in 6,4 % der Fälle waren mehr als zwei Opfer direkt betroffen.

Tab. 17

Anzahl	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
1 Opfer	54 27,0	115 57,5	31 15,5	200 80,0
2 Opfer	9 26,5	21 61,8	4 11,8	34 13,6
mehr als 2 Opfer	6 37,5	8 50,0	2 12,5	16 6,4
Gesamt	69 27,6	144 57,6	37 14,8	250 100

Die Anzahl der Opfer zeigte kaum einen Zusammenhang mit der Schuldfähigkeitsbeurteilung, wenn man davon absieht, daß bei mehr als zwei Opfern die Rate der Schuldfähigen leicht erhöht war.

2.7. Beziehung des Hauptopfers zum Täter

Tab. 18

Beziehung	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Mutter	1	-	1	-	2	-	4	1,6
2 Vater	-	-	2	-	1	-	3	1,2
3 Geschwister	1	-	-	-	-	-	1	0,4
4 Kinder	1	-	4	-	4	-	9	3,6
5 andere Verwandte	-	-	1	-	1	-	2	0,8
Summe 1-5 = Verwandte	3	15,8	8	42,1	8	42,1	19	7,6
Ehe/Sexualpartner	4	10,8	28	75,7	5	13,5	37	14,8
Bekannter/Freund	23	28,0	47	57,3	12	14,6	82	32,8
Unbekannter	39	34,8	61	54,4	12	10,7	112	44,8
Gesamt	69	27,0	144	57,6	37	14,8	250	100

Vergleich mit anderen Studien

Tab. 19

	Verwandte	Ehe/Sexualpartner	Bekannter	Unbekannter
Bochnik (1965) in %	61			39
Eigene in %	7,6	14,8	32,8	44,8
Häfner/Böcker (1973) in %	38,0	22,3	23,4	16,3
Mowat (1966) Gesund.Mörder	16,0	49,0	21,0	17,0
Geistesgestö. in %	32,6	38,2	32,3	7,3
Stat.Bundesa. Mörder 1959 * u. 1963 in %	18,9		46,2	34,9
Bayr. Kriminalstatistik 1984 in % **	46,4			39,9

* nach Böcker u. Häfner (1973)

** 14,4 % Opfer-Täterbeziehung ungeklärt

Bei mehr als der Hälfte (55,2 %) der untersuchten Fälle bestand eine Vorbeziehung zwischen Täter und Opfer, in fast einem Viertel der Fälle waren die Opfer Verwandte, Ehe- oder Sexualpartner.

Der Anteil der Schuldfähigen sank mit der Nähe des Täters zum Opfer, bei unbekannten Opfern war er mit 34,8 % am höchsten, beim Sexualpartner mit 10,8 % am niedrigsten. Bei den Probanden mit enger Täter-Opfer-Beziehung lag die Exkulpierungsrate am höchsten, wenn Verwandte das Opfer waren; die Dekulpierungsrate war am höchsten, wenn Ehe- oder Sexualpartner das Opfer waren.

2.8. Geschlecht des Hauptopfers

Tab. 20

Geschlecht	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	36	31,6	65	57,0	13	11,4	114	45,6
weiblich	33	24,3	79	58,1	24	17,6	136	54,4
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,2	250	100

Insgesamt war bei mehr als der Hälfte der Fälle das Hauptopfer eine Frau (die Frauen als Täter waren nur mit 9,2 % vertreten). Bei den schuldfähigen Probanden gab es mehr männliche Opfer; Auch in der Bay. Kriminalstatistik (1984) sind bei Aggressionsdelikten mehr männliche als weibliche Opfer verzeichnet. Bei den Schuldunfähigen waren Frauen mit 24 Fällen (gegenüber 13 Männern) überdurchschnittlich häufig die Opfer.

2.9. Verletzungsgrad des Opfers

Tab. 21

Verletzung	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
Totes Opfer	14 18,6	47 62,7	14 18,7	75 30,0
Lebensge- fährlich	10 37,0	16 59,3	1 3,7	27 10,8
schwer	6 28,6	11 52,4	4 19,0	21 8,4
mittelschwer	7 29,2	13 54,2	4 16,6	24 9,6
leicht	13 30,2	25 58,2	5 11,6	43 17,2
unverletzt	18 31,6	31 54,4	8 14,0	57 22,8
nicht fest- stellbar	1	1	1	3 1,2
Gesamt	69 31,4	144 57,6	37 14,8	250 100

Vergleich tote versus überlebende Opfer

Tab. 22

	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
Tot	14 18,6	47 62,7	14 18,7	75 30,0
Überlebend	55 31,4	97 55,4	23 13,1	175 70,0
Gesamt	69 27,6	144 57,6	37 14,8	250 100

In 30 % der Fälle wurde das Opfer getötet, in weiteren 10% wurde eine lebensgefährliche Verletzung festgestellt, in einem knappen Viertel (22,8 %) blieb das Opfer unverletzt. Bei toten Opfern ist der Anteil der Schuldfähigen erheblich geringer (18,6%) als bei überlebenden Opfer (31,4%), der Anteil der Exkulperten ist bei toten Opfern überdurchschnittlich hoch. Dies ist bemerkenswert, da bei Mord und Totschlag meist nicht nur wegen psychischer Auffälligkeiten, sondern fast routinemäßig eine Begutachtung angeordnet wird.

3. Zur Lebensgeschichte des Probanden

3.1. Allgemeine soziodemographische Daten

3.1.1. Geschlecht der Probanden

Tab. 23

	-		§ 21		§ 20		Gesamt		Gesunde Gewalt- täter lt Böcker'73
	n	%	n	%	n	%	n	%	
männlich	65	28,6	131	57,7	31	13,6	227	90,8	78,7
weiblich	4	17,4	13	56,5	6	26,1	23	9,2	21,3
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100	

Zum Vergleich: Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Bochnik*
u.a. (1965)

Tab. 24

	unent- schieden	- %	§ 51.2. %	§ 51.1. %	n %	
männlich	2	38	34	27	334	87,7
weiblich	1	30	28	40	47	12,3

* alle strafrechtlichen Delikte, nicht nur Gewalttaten

90,8 % der untersuchten Probanden waren Männer, 9,2 % waren Frauen, dies entspricht auch der Verteilung bei Bochnik (1965).

Auch bei der Betrachtung der Schuldfähigkeitsbeurteilung nach dem Geschlecht der Probanden sind bei Bochnik(1965) ähnliche Trends zu sehen: Frauen waren öfter schuldunfähig, in dieser Studie doppelt so oft; der Anteil der Schuldfähigen bei den Frauen war deutlich geringer als bei den Männern.

Auch bei einer statistischen Untersuchung von Becker u. Gros (1980) über Mord und Totschlagdelikte (davon 50 Frauen = 12,7% der Gesamtgruppe) wurde weiblichen Tätern häufiger eine verminderte Schuldfähigkeit als Männern zugebilligt.

3.1.2. Alter der Probanden zur Tatzeit

Tab. 25

Alter	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
14 - 18	6	42,9	8	57,1	-	0	14	5,6
18 - 21	16	35,6	24	53,3	5	11,1	45	18,0
21 - 30	29	31,9	48	52,7	14	15,4	91	36,4
30 - 40	13	21,0	38	61,3	11	17,7	62	24,8
40 - 50	2	9,5	16	76,2	3	14,3	21	8,4
50 - 60	3	25,0	8	66,7	1	8,3	12	4,8
> 60	-	0	1	25,0	3	75,0	4	1,6
nicht feststellbar			1					
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

Der Altersmittelwert beträgt 29,3 Jahre mit einer Standardabweichung von 11,6.

Vergleich der Altersverteilung mit anderen Erhebungen
(nach Böker und Häfner 1973)

Tab. 26

Alter	Eigene Studie n = 250	Gesunde Gewalt- täter n = 3808	Geistes- gestörte Gewaltt. n = 3808	Geistes- gestörte Nichttät. n = 3392	straft- mündige Bevölkgr. n=42 Mil
14 - 21	23,6	18,8	5,8	7,4	13,7
21 - 30	36,4	41,6	29,4	12,6	16,8
30 - 40	24,8	21,2	25,9	17,8	16,5
40 - 50	8,4	9,8	18,6	16,7	15,8
50 - 60	4,8	6,6	13,6	21,1	17,2
> 60	1,6	2,0	6,4	24,4	20,0

60 % der hier untersuchten Population waren unter 30 Jahre alt, dies entspricht genau dem Anteil der gesunden Gewalttäter. In der strafmündigen Bevölkerung macht diese Altersgruppe nur 30 % aus, das bestätigt die bekannte Tatsache, daß Gewalttaten vorwiegend von jüngeren Tätern begangen werden (z.B. Rasch 1986). Außerdem fällt im Vergleich auf, daß unsere Altersverteilung jener der gesunden Gewalttäter sehr ähnlich war, jedoch deutlich von der geistesgestörter Gewalttäter abwich. Kein Täter unter 18 Jahren wurde für schuldunfähig erklärt, dagegen 3 der 4 Probanden, die über 60 Jahren alt waren. Der Anteil der Schulfähigen nahm mit zunehmendem Alter ab.

3.1.3. Sonstige demographische Daten

a) Familienstand

Tab. 27

	n	%	davon schuldfähig	
ledig	154	61,6	29,9	46
verheiratet	59	23,6	23,7	14
geschieden	27	10,8	18,5	5
verwitwet	4	1,6		1
getrennt lebend	6	2,4		3

b) Eigene Kinder (auch nichteheliche) der Probanden

keine Kinder	159	63,6 %
Kinder	91	36,4 %
	250	100 %

c) Geschwister des Probanden

Einzelkind	34	13,6 %
1 Geschwister	57	22,8 %
2 Geschwister	43	17,2 %
3 Geschwister	39	15,6 %
4 Geschwister	22	8,8 %
5 und mehr Geschwister	47	18,8 %
nicht feststellbar	8	3,2 %
	250	100 %

Halbgeschwister haben 66 Probanden (= 26,4 % von 250)

d) Muttersprache - Nationalität

Deutsche	215	86 %
Nichtdeutsche	35	14 %

Bay. Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 1984

Anteil der Nichtdeutschen

an der Einwohnerzahl 1984 6,3 %

Anteil der Nichtdeutschen

an der Gewaltkriminalität 1984 19,2 %

e) Wohnsitz

Eigenes Haus/Wohnung	22	8,8 %
Mietwohnung	163	65,2 %
Gemeinschaftsunterkunft (Wohnheim, Kaserne, Anstalt)	19	7,6 %
Ohne festen Wohnsitz	23	9,2 %
nicht feststellbar	23	9,2 %
	250	100 %

f) Umgebung des Probanden in den ersten 15 Lebensjahren

Großstadt	74	29,6 %
Kleinstadt	52	20,8 %
Land	54	21,6 %
wechselnde Umgebung	63	25,2 %
nicht feststellbar	7	2,8 %
	250	100 %

60 % der Probanden waren ledig. Von jenen, die bereits verheiratet waren, hatte ein Viertel unter 21 Jahren geheiratet. Eigene Kinder hatten 36,4 %, bei Bochnik u.a. (1965) betrug der Anteil der Gewalttäter mit eigenen Kindern 43 %.

Die Ansicht Bochniks (1965), daß Gewalttäter im Gegensatz zu anderen Tattypen selten Einzelkinder sind, also häufiger kinderreichen Familien entstammen, wird auch in dieser Untersuchung bestätigt. Bei Bochnik beträgt der Anteil der Einzelkinder 9 %, hier betrug er wie bei Brückner (1961) 13 %, im Gegensatz dazu hatte fast ein Fünftel (18,8 %) der Probanden mehr als 5 Geschwister. Ein Viertel der Probanden hatte Halbgeschwister.

Die nichtdeutschen Probanden waren mit 14 % überdurchschnittlich gegenüber ihrem Bevölkerungsanteil (6,3 %)*, jedoch unterdurchschnittlich gegenüber ihrem Anteil an der Gewaltkriminalität (19,2 %)* vertreten, d.h. Ausländer schienen damit etwas seltener begutachtet zu werden.

Ca. zwei Drittel der untersuchten Probanden lebten zur Tatzeit in einer Mietwohnung, nur 8,8 % wohnten in einer eigenen Wohnung oder einem eigenen Haus, das ist weniger als die Zahl der Probanden ohne festen Wohnsitz (9,2 %).

* Aus: Polizeiliche Kriminalstatistik für den Freistaat Bayern 1984

3.2. Schule und Beruf

3.2.1. Schulbildung

Tab. 28

	Eigene Untersuchung (n=250)		Göppinger (1983)	
	n	%	Häftlings- gr. n=200 %	Vergleichs- gr. n=200 %
Hilfs-/Sonderschule	27	10,8	8,5	1,5
Volksschule	172	68,8	88,0	66,0
Mittelschule	28	11,2	3,5	18,5
Gymnasium	21	8,4	0	14,0
keine Schule besucht	2	0,8	-	-
Gesamt	250	100		

Hilfsschule und Volksschule ohne Abschluß

Eigene Untersuchung	Göppinger (1983) Häftling	Bochnik (1965) Vergleichsgr.	Gewalt	Gesamt
31,6 %	53 %	9 %	35 %	25 %

Die Schulbildung der untersuchten Probanden war nur wenig schlechter als bei der Vergleichsgruppe von Göppinger (1983), aber besser als bei dessen Häftlingsgruppe. Der Anteil mit besonders schlechter Schulbildung (Hilfsschule und Volksschule ohne Abschluß) war mit 31,6 % ähnlich hoch wie bei den von Bochnik (1965) untersuchten Gewalttättern mit 35 %. Dieser Anteil war in der "Normalbevölkerung" - gemessen an der Vergleichsgruppe von Göppinger - mit 9 % erheblich niedriger.

3.2.2. Berufsausbildung (die höchste erreichte Berufsausbildg.)

Tab. 29

	n	%	%
keine Berufsausbildung angefangen	59	23,6	23,6
Lehre mit Abschluß	91	36,4	68,8
ohne Abschluß	73	29,2	
in Ausbildung	8	3,2	
Fachschule mit Abschluß	4	1,6	3,6
ohne Abschluß	4	1,6	
in Ausbildung	1	0,4	
Hochschule mit Abschluß	3	1,2	4,0
ohne Abschluß	4	1,6	
in Ausbildung	3	1,2	

Tab. 30

Vergleich mit Göppinger (1983)	Unsere n = 250	Göppinger H.-Proband n = 199	V.-Prob. n = 186
keine Berufsausbildung angefangen	23,6	24,6	7,5
Ausbildungsabschluß nicht erreicht	32,4	40,7	5,9
Erfolgreicher Abschluß	39,2	34,7	86,6
noch in Ausbildung	4,8	-	-

Fast die Hälfte der Probanden, die eine Berufsausbildung begonnen hatte, hatte diese nicht abgeschlossen, während es bei der Vergleichsgruppe aus der Normalbevölkerung von Göppinger nur jeder 15. war. Ein knappes Viertel (23,2 %) hatte (übereinstimmend mit der Häftlingsgruppe Göppingers = 24,6 %) nie eine Berufsausbildung begonnen, während dies bei der Vergleichsgruppe nur 7,5 % waren.

3.2.3. Berufliche Stellung

Dokumentiert wurde die berufliche Stellung zur Tatzeit. Wenn der Proband sich bereits im Ruhestand befand oder beschäftigungslos war, wurde die davor liegende berufliche Stellung festgehalten.

Tab. 31

	n	%	§ 21 n	%	§ 20 n	%	Gesamt n	%
Hausfrau	-	0	1	20,0	4	80,0	5	2,0
Freischaffen- de/Selbstän- dig/Unternehm	10	50,0	9	45,0	1	5,0	20	8,0
Beamter	-	0	4	100,0	-	0	4	1,6
ltd. Ange- stellte	-	0	-	0	1	100,0	1	0,4
Angestellte	7	24,1	21	72,4	1	3,5	29	11,6
qualifizierte Facharbeiter	-	0	2	50,0	2	50,0	4	1,6
gewöhnliche Facharbeiter	13	23,6	34	61,8	8	14,5	55	22,0
Arbeiter	30	28,8	58	55,8	16	15,4	104	41,6
Anderes	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5	2,0
nie gearbeitet.	8	34,8	12	52,2	3	13,0	23	9,2
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

Entsprechend der Berufsausbildung stellten die un- und angelernten Arbeiter mit 41,6 % die weitaus größte Gruppe, gefolgt von Facharbeitern (22,0 %), Angestellten (11,6 %) und den Selbständigen (8,0 %). Beamte (1,6 %) und Hausfrauen (2,0 %) waren sehr selten vertreten. 4 von 5 Hausfrauen wurden als schuldunfähig angesehen, umgekehrt war das Bild bei den Freischaffenden, Selbständigen/Unternehmern: 50 % wurden als schuldfähig angesehen. Angestellte wurden häufiger dekulpiert, aber selten exkulpiert. Der in der Öffentlichkeit manchmal geäußerte

Vorwurf der Begünstigung der Gutverdienenden durch psychiatrische Gutachten fand durch diese Untersuchung keine Bestätigung.

3.2.4. Tätigkeit zum Zeitpunkt der Straftat

Tab. 32

Berufstätig (einschließlich Hausfrauen)	150	60,0 %
Rentner (auch vorzeitig)	10	4,0 %
Schüler/Studenten	5	2,0 %
ohne Arbeit/beim Arbeitsamt gemeldet	11	4,4 %
ohne Arbeit/beim Arbeitsamt nicht gemeldet	74	29,6 %
	250	100 %

Ein Drittel der Probanden war zum Tatzeitpunkt ohne Arbeit, aber nur 11 von 85 Arbeitslosen waren beim Arbeitsamt gemeldet. In der Untersuchung von Böker und Häfner (1973) lag der Anteil der gewalttätigen Patienten ohne Arbeit bei 27,2 %. In der Bay. Polizeilichen Kriminalitätsstatistik liegt der Anteil der Tatverdächtigen (Alter 14 - 21 Jahre) ohne Arbeit ähnlich hoch (28,4 %).

40 % hatten in den ersten zehn Berufsjahren (im Alter zwischen 15 und 25) unfreiwillig den Arbeitsplatz verloren, zwei Drittel davon sogar mehrfach.

3.3. Psychosoziale Belastungsfaktoren

3.3.1. Tod eines Elternteils im Kindesalter

Tab. 33

Tod d. Vaters im Prob.alter von 0-5 Jhr.	14	5,6 %
Tod d. Vaters im Prob.alter von 5-15 Jhr.	14	5,6 %
	28	11,2 %
Tod d. Mutter im Prob.alter von 0-5 Jhr.	4	1,6 %
Tod d. Mutter im Prob.alter von 5-15 Jhr.	6	2,4 %
	10	4,0 %

3.3.2. Scheidung/Trennung der Eltern

Dieses Merkmal wurde dokumentiert, wenn eine längerfristige Trennung (wenigstens 1 Jahr) vom (Ehe)-Partner stattfand oder eine Scheidung erfolgte.

im Probandenalter von 0-5 Jhr.	40	16,0 %
im Probandenalter von 5-15 Jhr.	17	6,8 %
	57	22,8 %

3.3.3. Trennung von den Eltern im Kindesalter

Dieses Merkmal wurde dokumentiert, wenn der Proband im entsprechenden Alter wenigstens ein Jahr getrennt von einem oder beiden Elternteilen lebte (Einbezogen sind auch Tod/Scheidung/vorübergehende Trennung der Eltern). Mehrfach bedeutet, daß der Proband mehr als einmal länger als 1 Jahr oder andauernd von seinen Eltern getrennt lebte.

Tab. 34

Im Alter (Jahre)	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-5 einmal	10		26		1		37	
mehrfach	9	25,0	20	60,5	10	14,5	39	76 30,4
5-15 einmal	9		25		2		36	
mehrfach	12	26,3	22	58,7	10	15,0	44	80 32,0
Gesamt n=250 Stichprobe		27,6		57,6		14,8		

11 % der untersuchten Probanden haben ihren Vater, 4 % ihre Mutter im Kindesalter durch Tod verloren. Eine Scheidung oder Trennung der Eltern in den ersten 15 Lebensjahren erfolgte bei 22 % der untersuchten Stichprobe, die meisten im Kleinkindalter des Probanden.

Eine Trennung von den Eltern oder einem Elternteil von mindestens einem Jahr wurde bei 30 % der Probanden festgestellt.

Die Schuldfähigkeitsbewertung wich bei diesen Probanden nicht von den Probanden ohne Eltern-Kind-Trennung ab. Auch Tod oder Scheidung der Eltern macht sich in der Schuldfähigkeitsbeurteilung nicht bemerkbar.

3.3.4. Heimaufenthalt im Kindesalter

Festgehalten wurde nur ein Heimaufenthalt, der länger als ein Jahr andauerte.

Im Alter von 0 - 15 Jahren: $n = 59 = 23,6 \%$ der Gesamtstichprobe

Tab. 35

	n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
0-5 einmal	2	8	-	10
mehrfach	1 14,3	7 71,4	3 14,3	21 8,4
5-15 einmal	11	11	3	25
mehrfach	7 36,0	14 36,0	4 14,0	50 20,0
Vergleich zur Gesamtgruppe	27,6	57,6	14,8	

Vergleich überwiegender Heimaufenthalt

Tab. 36

Alter	Eigene Untersuchung n = 250	Göppinger	
		Häftlingsgr. n = 200	Vergleichsgr. n = 200
0 - 5	4,4 %	1,5 %	0 %
5 - 15	10,0 %	6,5 %	0,5 %

Ein knappes Viertel (23,6 %) der Probanden war mindestens 1 Jahr lang im Alter von 0 - 15 Jahren im Heim; bis 5 Jahre waren es 8,4 %, im Alter von 5 - 15 Jahren waren 20 % im Heim. Überwiegend im Heim, d.h. ohne familiäre Bezugsperson waren im Kleinkindesalter 4,4 %, während in der nichtkriminellen Vergleichsgruppe Göppingers keine solchen Probanden und in der Häftlings-

gruppe (wenig Aggressionsdelikte) nur 1,5 % solche Probanden vertreten waren.

Der Anteil der Schuldunfähigen war mit 14 % in beiden Altersabschnitten (0-5 und 5-15) gleich und entsprach genau dem Anteil der Gesamtstichprobe. Dagegen machte sich die frühe Hospitalisierung im Kleinkindesalter bei der Gruppe der Schuldfähigen bemerkbar, mit 14,6 % war sie nur halb so hoch als in der Gesamtpopulation. Überraschend ist der hohe Anteil (36,0 %) der schuldfähigen Probanden, die im Alter von 5 - 15 Jahren im Heim waren.

3.3.5. Gewalttätigkeiten in der Primärfamilie

Da nur bei 183 Gutachten zu diesem Sachverhalt Stellung genommen wurde, beziehen sich die Prozentzahlen auf diese Zahl

Vater gegen Mutter	36	19,7 %
Mutter gegen Vater	7	3,8 %
Vater gegen Proband	56	29,5 %
Mutter gegen Proband	31	16,3 %

In ca. 20 % der untersuchten Fälle gab es handgreifliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern. 30 % der Probanden gaben an, ohne entsprechenden Anlaß vom Vater schwer geschlagen worden zu sein.

3.3.6. Alkohol in der Herkunftsfamilie

Beurteilbare Fälle: n = 147

Vater	42	28,6 %
Mutter	6	4,1 %
Geschwister	4	2,7 %

Fast 30 % der Probanden, in deren Gutachten dazu Stellung genommen wurde, berichteten von schwerem Alkoholismus des Vaters, relativ selten (4 %) wurde dagegen ein Alkoholmißbrauch der Mutter erwähnt.

3.3.7. Inzest

Inzestopfer waren ausschließlich weibliche Probanden. In acht Fällen wurde dies glaubhaft berichtet, das bedeutet bei insgesamt 23 weiblichen Probanden einen Anteil von 35 % (1). Bemerkenswert, daß 3 von 4 weiblichen Probanden, bei denen Schuldunfähigkeit angenommen wurde, Inzestopfer waren.

3.3.8. Psychosoziale Belastungsfaktoren in der Sekundärfamilie
Bei 24 Probanden wurde die erste Ehe bereits vor dem 25. Lebensjahr wieder geschieden. Das sind bei 96 Probanden, die überhaupt verheiratet waren, immerhin mehr als ein Viertel.

8 Probanden haben ihren Ehepartner, 6 Probanden ein Kind durch den Tod verloren. Mit einer Ausnahme wurden alle diese Probanden de- oder exkulpiert.

Alkoholismus des Partners war in 8 Fällen feststellbar.

In 35 Fällen räumten Probanden ein, ihren Partner, in 3 Fällen ihre Kinder geschlagen zu haben. 9 Probanden (meist weibliche) gaben an, von ihrem Partner körperlich mißhandelt worden zu sein.

4. Kriminelle Entwicklung und Delinquenz

4.1. "Deliktische" Handlungen im Kindesalter (bis 14. Ljhr.)

Hier war eine Beurteilung nur in 112 von 250 Fällen möglich.

Stehlen	31	27,7 %
Erhebliches Schuleschwänzen	39	24,8 %
Prügeleien	28	25,0 %

Bei der Analyse der Schuldfähigkeitsbeurteilung fiel auf, daß alle drei untersuchten Verhaltensweisen häufiger bei Schuldfähigen als bei De- oder Exkulpierten auftraten.

4.2. Erste Straftat

Bei den 157 Probanden (62,8 % von 250), die vor den Indexdelikt bereits eine Straftat begangen haben, wurde das erste registrierte Delikt festgehalten.

Alter:

Tab. 37

Alter	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
14 - 18	22 33,3	39 59,1	5 7,6	66 47,8
18 - 21	13 31,7	22 53,7	6 14,6	41 29,7
> 21	8 25,8	18 58,1	5 16,1	31 22,5
Summe				138 100,0
nicht feststellbar	7	9	3	19

Art des Delikts:

Tab. 38

Art	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
Eigentumsdel.	21 28,4	46 62,2	7 9,5	74 52,1
Gewaltdelikte	10 34,5	16 55,2	3 10,3	29 20,4
Sexualdelikte	6 35,3	8 47,1	3 17,6	17 12,0
andere Delik.	7 31,9	12 54,5	3 13,6	22 15,5
Summe				142 100,0
nicht feststb	6	6	3	15

Fast die Hälfte der vorbestraften Probanden beging das erste registrierte Delikt vor dem 18. Lebensjahr, fast 80 % vor dem 21. Lebensjahr. Von Schuldfähigen wurde das erste Delikt etwas früher, von Schuldunfähigen geringfügig später verübt.

Bei der Art des Erstdeliktos dominierten die Eigentumsdelikte, bei einem Fünftel der vorbestraften Probanden war bereits die erste Straftat eine Gewalttat. Die "anderen Delikte" beinhalteten vorwiegend "Fahren ohne Führerschein". Vergleichsweise öfter als bei Göppinger (1983) trafen in dieser Population Sexualdelikte (Göppinger 4,5 %) und Gewalttaten (Göppinger 8 %) als Erstdelikte auf.

4.3. Frühere Straftaten

Anzahl der früheren Straftaten

(In Tateinheit oder -mehrheit begangene Delikte wurden als ein Delikt gezählt)

Tab. 39

	n	%	§ 21 n	%	§ 20 n	%	Gesamt n	%
keine	19	20,4	56	60,2	18	19,4	93	37,2
1-3 Straftat.	13	25,5	28	54,9	10	19,6	51	20,4
4-10	22	48,9	20	44,4	3	6,7	45	18,0
> 10	14	25,0	37	66,1	5	8,9	56	22,4
Zahl nicht feststellbar	1		3		1		5	
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

keine Straftat versus frühere Straftat

Tab. 40

	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
keine Straftat	19 20,4	56 60,2	18 19,4	93 37,2
frühere Straftat	50 31,8	88 56,1	19 12,1	157 62,8

Art der früheren Straftat (Mehrfachantworten)

Tab. 41

	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %	* %
Gewaltdelikt	19 27,1	44 62,9	7 10,0	70 28,0	44,6
Sexualdelikt	10 30,3	18 54,5	5 15,2	33 13,2	21,0
Eigentumsdel.	29 29,6	57 58,2	12 12,2	98 39,2	62,4
andere Delik.	22 29,3	47 62,6	6 8,0	75 30,0	47,4

* % von Probanden mit Straftaten (n = 157)

Bei 37,2 % der untersuchten Probanden war vor dem Indexdelikt noch keine Straftat registriert worden; der Anteil der Vielfachtäter (mehr als 10 frühere Delikte) lag bei fast einem Viertel. 28 % der begutachteten Aggressions-täter war bereits früher mit einer Gewalttat aufgefallen, am häufigsten waren Eigentumsdelikte in der Vorgeschichte (40 %). Die Hälfte der Exkulpierten hatte noch keine frühere Straftat begangen, während dieser Anteil bei den Schuldfähigen nur ein Viertel betrug. Probanden ohne frühere Straftaten wurden seltener als schuldfähig angesehen und überproportional häufig exkulpiert.

4.4. Sanktionen:

Tab. 42

Zuchtmittel	20	8,0 %
Jugendstrafen	74	29,6 %
Geldstrafen	89	35,6 %
Haftstrafen	109	43,6 %

Gegen mehr als 40 % der untersuchten Probanden wurde schon früher eine Haftstrafe ausgesprochen, bezogen auf die Zahl der Vorbestraften (n = 157) sind dies sogar 70 %.

5. Klinische Anamnese

5.1. Psychiatrische Erkrankungen und Suizide in der Familie

Tab. 43

	1. Grades	Fernere Verwandte
	n	n
Hirnorganische Krankheiten	7	0
Schizophrenien	4	3
Affektive Psychosen	0	2
nicht psych. Auffälligkeiten	5	0
Art nicht bestimmbar	13	19
Suizide	8	12

Tab. 44

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
mit psych. Erkrankung	13	24,5	30	56,6	10	18,9	53	21,2
mit Suiziden	5	25,0	12	60,0	3	15,0	20	8,0
ohne psych. Erkr./Suizid	51	28,8	102	57,6	24	13,6	177	70,8

Ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Schuldfähigkeit des Probanden und psychischer Erkrankungen bzw. Suiziden in seiner Familie schien nicht zu bestehen. Jedoch waren von den 9 Probanden mit psychotischen Erkrankungen in der Familie 3 (= 33 %) exkulpiert worden.

5.2. Frühe Störungen des Probanden

Tab. 45

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
path. Schwangerschaft- oder Geburtenanamnese	7	38,9	9	50,0	2	11,1	18	7,2
statomotorische oder Sprachverzögerungen	1	5,6	11	61,1	6	33,3	18	7,2
Neurotische Primordialsymptomatik	7	14,9	32	68,1	8	17,0	47	18,8

Probanden mit einer pathologischen Schwangerschaft- oder Geburtsanamnese wurde überproportional häufig (38,9 %) als schuldfähig eingeschätzt und seltener exkulpiert.

Statomotorische und Sprachverzögerungen (d.h. ein Proband hat deutlich verspätet sitzen, stehen, laufen oder sprechen gelernt) waren dagegen häufiger mit eingeschränkter und aufgehobener Schuldfähigkeit verbunden: Nur 1 Proband wurde als schuldfähig, dagegen wurde ein Drittel der Probanden mit diesem Merkmal exkulpiert.

Probanden mit neurotischer Primordialsymptomatik (z.B. Bettnässen, Nägelknabbern, Pavor nocturnus) waren überdurchschnittlich häufig de- oder exkulpiert worden.

5.3. Vermutete krankheitsfördernde Einflüsse

Hier wurde festgehalten, welche Einflüsse nach Meinung des Gutachters zur psychischen Störung beigetragen haben. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtpopulation.

Tab. 46

	Gesamt	
	n	%
Primärfamilie	123	49,2
Krankheitsunspezifische psychische Beeinträchtigungen	65	26,0
Sexualität	52	20,8
Partnerschaft	46	18,4
Krankheitsunspezifische körperliche Beeinträchtigungen	32	12,8
Beruf	23	9,2
Vereinsamung	20	8,0
Finanzen	12	5,2
Öffentliche Institutionen	11	4,4
Schule	6	2,4
Liebe	4	1,6

Bei der Hälfte der Probanden wurden die Sozialbeziehungen zur Primärfamilie für so negativ gehalten, daß sie zu einer Erkrankung beigetragen haben. Mit Abstand folgten krankheitsunspezifische psychische Beeinträchtigungen (z.B. Unpäßlichkeit, Rastlosigkeit, Nervosität), Sexualität und die Beziehung zum Partner in der Sekundärfamilie. Die Finanzsituation, Schule und Liebe schienen nur eine geringe Rolle als krankheitsfördernde Einflüsse zu spielen.

5.4. Schädel-Hirn-Trauma in der Anamnese

Dieses Merkmal wurde dokumentiert, wenn ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT) vorgelegen hat, das über eine einfache, unkomplizierte Commotio cerebri hinausgegangen ist. Als "sicher" wurde ein SHT eingeschätzt, wenn ein Arztbericht vorhanden war.

Tab. 47

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Verdacht	10	25,6	27	69,2	2	5,1	39	15,6
sicher	3	9,1	26	78,8	4	12,2	33	13,2
kein Schädel-Hirn-Trauma	56	31,5	91	51,1	31	17,4	178	71,2

28,8 % der untersuchten Probanden hatten ein SHT in ihrer Vorgeschichte, in der Studie von Bochnik et al. (1965) hatten 30 % der Gewalttäter ein SHT erlitten.

Bei gesichertem SHT in der Anamnese wurde selten volle Schuldfähigkeit angenommen (9,1 %).

5.5. Suchtanamnese im Alter von 15 - 25 Jahren

Tab. 48

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkoholismus								
Verdacht	14	28,0	29	58,0	7	14,0	50	20,0
sicher	4	16,7	15	62,5	5	20,8	24	9,6
Drogen-Medikamente								
Verdacht	6	42,9	5	35,7	3	21,4	14	5,6
sicher	2	16,7	10	83,3	-	0	12	4,8

Bei ca. 10 % der Probanden lagen bereits vor dem 25. Lebensjahr die Kriterien der Alkoholabhängigkeit sicher vor, bei weiteren 20 % war ein begründeter Verdacht vorhanden.

Mißbräuchliche Drogen- oder Medikamenteneinnahme wurde bei 10 % der Stichprobe gefunden. Während ein Verdacht auf Medikamentenmißbrauch keine Auswirkungen auf die Beurteilung der Schuldfähigkeit hatte, bestand bei sicherer Annahme eine deutliche Tendenz zur De- oder Exkulpierung.

5.6. Suizidversuche

a) Bisherige Anzahl

Tab. 49

	n	%	§ 21 n	%	§ 20 n	%	Gesamt n	%
1 Suizidvers.	6		20		9		35	14,0
2 Suizidvers.	1		3		2		6	
3 Suizidvers.	1		4		1		6	
4 Suizidvers.	-		3		-		3	8,0
5 Suizidvers.	-		3		-		3	
> 5 SV	-		1		1		2	
Gesamt	8	14,6	34	61,8	13	23,6	55	22,0
ohne SV	61	31,3	110	56,4	24	12,3	195	78,0

b) Zeitabstand des letzten Suizidversuchs vor der Tat

Tab. 50

	n	%	§ 21 n	%	§ 20 n	%	Gesamt n	%
< 1 Monat	-		1		2		3	
1- 6 Monate	2	9,1	6	54,6	3	36,3	11	8,8
6-12 Monate	-		5		3		8	
1- 5 Jahre	4		13		3		20	
> 5 Jahre	2	18,2	8	63,6	2	15,2	12	13,2
nicht feststellbar	-		1		-		1	

22 % der untersuchten Probanden hatten bereits Suizidversuche (SV) unternommen: 14 % einen und 8 % mehrere SV. Bei Bochnik et al. (1965) lag der Anteil der Gewalttäter mit SV mit 6 % erheblich niedriger.

8,8 % begingen einen SV im Jahr, 5,6 % im Halbjahr vor der Tat.

Böcker und Häfner (1973) fanden bei 9,7 % der gewalttätigen Patienten einen SV im Halbjahr vor der Tat.

Die Schuldfähigkeitsanalyse zeigte, daß bei Schuldfähigen selten (8 von 69), bei Schuldunfähigen häufig (13 von 37) ein SV in der Vorgeschichte zu finden war. Mehr als ein Drittel der Probanden, die im Jahr vor der Tat einen SV unternommen hatten, wurden exkulpiert.

5.7. Kontakt mit der Psychiatrie vor der Tat

Tab. 51

	- n %	§ 21 n %	§ 20 n %	Gesamt n %
allgemein psychiatrisch	7 15,2	27 58,7	12 26,1	46 18,4
psychoanaly- tisch	-	3	2	5 2,0
verhaltens- therapeutisch	-	2	-	2 0,8
Elektrokrampf therapeutisch	1	1	-	2 0,8
stationäre Aufnahme	10 15,2	40 60,6	16 24,2	66 26,4

Über ein Viertel der untersuchten Probanden war bereits einmal stationär in einer psychiatrischen Einrichtung, häufig wegen Suizidversuchen oder Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit. Probanden mit früherer psychiatrischer Behandlung wurden überproportional häufig exkulpiert und seltener als schuldfähig angesehen.

6. Psychischer Befund und Diagnose

6.1. Habituelle Persönlichkeitsmerkmale

Tab. 52

Merkmal

Merkmal	-	\$21	\$20	Gesamt	
	%	%	%	n	%
abweisend - verschlossen	31,6	47,4	21,1	19	7,6
demonstrativ	29,2	58,3	12,5	48	19,2
manipulativ	52,9	41,2	5,9	17	6,8
weitschweifig	15,4	53,9	30,8	26	10,4
intelligenz gemindert	3,2	74,2	22,6	31	12,4
einfach strukturiert	22,7	50,0	27,3	44	17,6
überaktiv	36,4	54,6	9,1	11	4,4
passiv	22,1	62,5	15,4	104	41,6
auffällige Verdrängung	27,1	70,8	2,1	48	19,2
geltungsbedürftig	38,2	55,9	5,9	34	13,6
mißtrauisch - eifersüchtig	19,2	55,3	25,5	47	18,8
paranoisch - sensitiv	10,0	35,0	55,0	20	8,9
impulsiv - ungesteuert	27,8	61,1	11,1	72	28,8
gespannt - Angriffshaltung	25,2	55,3	19,4	103	41,2
immerlich unruhig - nervös	22,7	50,0	27,3	44	17,6
verführbar - beeinflufßbar	26,4	66,0	7,6	53	21,2
kritikschwach	35,7	52,9	11,8	34	13,6
emotiv - weiche Wesenszüge	25,0	70,5	4,6	44	17,6
Insuffizienzgefühle - selbstunsicher	27,1	63,9	9,0	122	48,8
bagatellisierend	41,4	51,7	6,9	29	11,6
Anspruchshaltung - fordernd	27,3	54,6	18,2	11	4,4
auf wenige Lebensbereiche eingeengt	31,3	43,8	25,0	16	6,4
introvertiert	21,4	42,9	35,7	14	5,6
hypochondrisch	0	50,0	50,0	4	1,6
gesteigertes Selbstwertgefühl	36,4	45,5	8,2	11	4,4
realitätsfremd	26,7	60,0	13,3	30	12,0
stimmungs-labil	25,0	63,5	11,5	104	41,6
eingeschränkte Stimmungsfähigkeit	25,1	47,7	29,2	65	26,0
schüchtern	29,0	60,9	10,1	69	27,6
depressive Tendenz	15,0	71,0	14,0	100	40,0
gesteigertes Lebensgefühl	26,1	47,8	26,1	23	9,2
gefühlskalt	53,9	30,8	15,4	13	5,2
reizbar	26,2	61,5	12,3	65	26,0
Mangel an Empathie	25,0	56,3	18,8	16	6,4
überempfindlich - kränkbar	25,6	64,0	10,5	86	34,4
frustrationsintolerant	28,2	64,8	7,0	71	28,4
labil - haltschwach	34,8	54,4	10,9	46	18,4
rigide	29,4	52,9	17,7	17	6,8
unselbständig - abhängig	28,2	61,5	10,3	39	15,5
willfährig	20,7	65,5	13,8	29	11,6
kontaktgestört	22,2	51,9	25,9	54	21,6
unfähig, Bindungen aufrecht zu erh.	28,6	60,7	10,7	28	11,2
mangelndes Durchhaltevermögen	22,2	66,7	11,1	27	10,8
geringe Durchsetzungsfähigkeit	17,4	76,1	6,5	46	18,4
infantil - naiv - unreif	29,9	60,9	9,2	87	34,8
egoistisch - egozentrisch	27,5	62,8	9,8	51	20,4
zögernd - entschlußlos	18,2	63,4	18,2	11	4,4
planlos	28,0	60,0	12,0	25	10,0
gewalttätig	21,1	63,2	15,8	19	7,6
Fehlender Bezug zu Gesetzesnormen	32,1	60,7	7,1	28	11,2
überkontrolliert	15,8	63,2	21,1	19	7,8
Gesamt	27,6	57,6	14,8	250	100

Merkmale, die überproportional selten oder häufig in einer Schuldfähigkeitsgruppe vertreten sind.

Tab. 53

"Schuldfähig" (weder §21 noch §20) = 27,6% aller Probanden			
häufig		selten	
gefühlskalt	(n=13) 53,9%	hypochondrisch	(n=4) 0,0%
manipulativ	(n=17) 52,9%	intelligenzgemin.	(n=31) 3,2%
bagatellisierend	(n=29) 41,4%	paranoisch	(n=20) 10,0%
geltungsbedürftig	(n=34) 38,2%	depressive Tend.	(n=100) 15,0%
überaktiv	(n=11) 36,4%	weitschweifig	(n=19) 15,4%
gesteigertes Selbstwertgefühl	(n=11) 36,1%	überkontrolliert	(n=19) 15,8%
"Vermindert schuldfähig" (§21) = 57,6% aller Probanden			
häufig		selten	
geringe Durchsetzungsfähigkeit	(n=46) 76,1%	gefühlskalt	(n=13) 10,8%
intelligenzgemin.	(n=31) 74,2%	paranoisch	(n=20) 35,0%
depressive Tend.	(n=100) 71,0%	manipulativ	(n=17) 42,2%
auffällige Verdrängungsmechan.	(n=48) 70,8%	introvertiert	(n=14) 42,9%
emotiv - weiche Wesenszüge	(n=44) 70,5%	eingeengt	(n=16) 43,8%
mangelndes Durchhaltevermögen	(n=27) 66,6%	gesteigertes Selbstwertgefühl	(n=11) 45,5%
"schuldfähig" = 14,8% aller Probanden			
paranoisch - sensitiv	(n=20) 55,0%	Verdrängungsmech.	(n=48) 2,1%
hypochondrisch	(n=4) 50,0%	emotiv	(n=44) 4,6%
introvertiert	(n=14) 35,7%	geltungsbedürftig	5,9%
weitschweifig	(n=26) 30,8%	manipulativ	5,9%
eingeschränkte Stimmungs- und Resonanzfähigkeit	(n=65) 29,2%	geringe Durchsetzungsfähigkeit	6,5%
einfach struktur.	(n=44) 27,3%	bagatellisierend	6,9%
		frustrationsintol.	7,0%

Die häufigsten Persönlichkeitsmerkmale in der untersuchten Population waren "Insuffizienzgefühl - selbstunsicher" (48,8 %), stimmungslabil (41,6 %), passiv - gehemmt (41,6 %) und gespannt - Angriffshaltung (41,2 %);

Die Persönlichkeitsmerkmale verteilten sich folgendermaßen auf die einzelnen Schuldfähigkeitsgruppen

- a) Bei der Gruppe der "Schuldfähigen" waren hysterische (manipulativ, bagatellisierend geltungsbedürftig, überaktiv) Merkmale überproportional häufig vertreten.

- b) Bei den "vermindert Schuldfähigen" waren asthenische Merkmale (geringe Durchsetzungsfähigkeit, depressive Tendenzen, emotiv) überrepräsentiert.
- c) Bei den "Schuldunfähigen" traten schizoide Merkmale (paranoisch - sensitiv, introvertiert, eingeschränkte Stimmungs- und Resonanzfähigkeit) häufiger als in anderen Schuldfähigkeitsgruppen auf.

6.2. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung

Von den 100 Symptomen des AMPD - Befundes sind nur diejenigen aufgeführt, die bei mindestens 10 Probanden (=4,0%) aufgetreten sind.

Tab. 54

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Auffassungs- störungen	1	15,3	8	42,1	10	52,3	19	7,6
Konzentrat.- störungen	3	9,4	19	59,4	10	31,3	32	12,8
Merkfähigk.- störungen	2	11,1	11	61,1	5	27,8	18	7,2
verlangsamt umständlich	2	11,1	10	55,6	6	33,3	18	7,2
	3	13,6	11	50,0	8	36,4	22	8,8
Mißtrauen	7	16,3	27	62,8	9	20,9	43	17,2
Beziehungs- wahn	2	13,3	-	0,0	13	86,7	15	6,0
Verfolgungs - Beeinträchtigungswahn	2	13,3	2	13,3	11	73,3	15	6,0
ratlos	2	11,8	10	58,8	5	29,4	17	6,8
affektarm	6	13,3	27	60,0	12	25,7	45	18,0
deprimiert	20	19,8	66	65,4	15	14,9	101	40,4
ängstlich	6	18,2	19	57,6	8	24,2	33	13,2
emphorisch	6	33,3	8	44,4	4	22,2	18	7,2
dysphorisch	4	28,6	8	57,1	2	14,3	14	5,6
gereizt	9	18,0	34	68,0	7	14,0	50	20,0
innerlich unruhig	10	25,6	23	59,0	6	15,4	39	15,6
klagsam - jammrig	5	41,7	4	33,3	3	25,0	12	4,8
Insuffizienz- gefühl	18	23,7	18	63,2	10	13,2	76	30,4
gesteigertes Selbstwertgef	6	60,0	2	20,0	2	20,0	10	4,0
affektlabil	29	29,0	58	58,0	13	13,0	100	40,0
affektinkont.	1	8,3	10	83,3	1	8,3	12	4,8
affektstarr	5	33,3	4	26,5	6	40,0	15	6,0
antriebsarm	6	12,2	27	55,1	16	32,7	49	19,6
antriebs- gehemmt	2	13,3	10	66,7	3	20,0	15	6,0
antriebs- gesteigert	8	57,1	5	35,7	1	7,1	14	5,6
theatralisch	9	34,6	16	61,5	1	3,8	26	10,4
sozialer Rückzug	6	17,1	16	45,7	13	37,1	35	14,0
Aggressivität	19	31,2	34	55,7	8	13,1	61	24,4
Suizidalität	7	16,3	21	55,8	12	27,9	43	17,2

Symptome, die überproportional selten oder häufig in einer Schuldfähigkeitsgruppe vertreten waren

Tab. 55

"Schuldfähige" (27,6% aller Probanden)			
häufig		selten	
gesteigertes Selbstwertgefühl	60,0%	affektivkontinent	8,3%
antriebsgesteigert	42,7%	Gedächtnisstörung	8,3%
klagsam, jammrig	41,7%	Konzentrationsstörung	9,4%
"vermindert Schuldfähige" (57,6% aller Probanden)			
häufig		selten	
affektinkontinent	83,3%	Beziehungswahn	0,0%
		Verfolgungs - Beeinträchtigungswahn	13,3%
		gesteigertes Selbstwertgefühl	20,0%
"Schuldunfähige" (14,8% aller Probanden)			
häufig		selten	
Beziehungswahn	86,7%	theatralisch	3,8%
Verfolgungs - Beeinträchtigungswahn	73,3%	affektinkontinent	8,3%
Auffassungsstörungen	52,6%	antriebsgesteigert	7,1%

Bei den schuldfähigen Probanden waren Symptome aus dem Manischen Syndrom (Gebhardt u.a. 1983) gehäuft, Symptome aus dem Psychoorganischen Syndrom dagegen selten vertreten. Merkmale des Paranoid-halluzinatorischen Syndroms waren häufig bei exkulpierten Probanden festzustellen.

Nur 32 von 100 Symptomen des AMDP - Systems waren bei mehr als 10 Probanden vorhanden. Fast die Hälfte (n=15) davon waren Affektsymptome. Dazu gehörten die drei am häufigsten vorkommenden Merkmale "deprimiert" (40,4 %), "affektlabil" (40,0 %) und "Insuffizienzgefühl" (30,4%).

Symptome wie "Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörungen", "verlangsamt", "umständlich", die auf ein organisches Psychosyndrom hindeuten, wurden bei ca. 7 % der Probanden gefunden. Wahnsymptome wurden bei 6 % der Stichprobe festgestellt.

6.3. Körperlicher und neurologischer Befund zum Untersuchungszeitpunkt

Aufgeführt sind nur Symptome, die bei mehr als 20 Probanden (= 8 % der Stichprobe) festgestellt wurden

Tab. 56

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Einschlafstörungen	10	15,4	44	67,7	11	16,9	65	26,0
Durchschlafstörungen	11	19,3	38	66,6	8	14,0	57	22,8
Appetit vermindert	5	20,8	15	62,5	4	16,7	24	9,6
Magenbeschwerden	9	21,4	29	69,0	4	9,5	42	16,8
Schwindel	7	15,2	31	67,4	8	17,4	46	18,4
Schwitzen vermehrt	12	24,0	34	68,0	4	8,0	50	20,0
Kopfdruck	18	20,5	59	67,0	11	12,5	88	35,2
neurologische Symptome	9	19,1	28	59,6	10	21,3	47	18,8
Gesamtstichprobe	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

Bei den vegetativen Beschwerden wurden von den untersuchten Probanden am häufigsten Kopfschmerzen und Schlafstörungen genannt. Gehäuft trat eine vegetative Symptomatik bei der Gruppe der Dekulpierten auf. Eine neurologische Symptomatik war bei einem Fünftel der Probanden festzustellen. Bei ihnen ergab sich nur eine leichte Tendenz zur Exkulpierung.

6.4. Zusatzuntersuchungen

Bei der untersuchten Stichprobe wurden folgende Zusatzuntersuchungen durchgeführt:

EEG in 219 Fällen	= (87,6%)
Testpsychologie in 216 Fällen	= (86,4%)
Röntgen Schädel bzw. CT in 203 Fällen	= (81,2%)
Klinisch-chemisches Labor in 80 Fällen	= (32,0%)
EKG in 5 Fällen	= (2,0%)

Tab. 57

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EEG							n=219	
unauffällig	23	23,7	62	63,9	12	12,4	97	44,3
normvariant	37	35,2	51	48,6	17	16,2	105	47,9
pathologisch	0	0,0	15	88,2	2	11,8	17	7,8
Klinisch-chem Labor							n=80	
unauffällig	6	13,0	31	67,4	9	19,6	46	57,5
normvariant	5	22,7	11	50,0	6	27,3	22	27,5
pathologisch	3	25,0	5	41,7	4	33,3	12	15,0
Röntgen / CT							n=203	
unauffällig	42	32,8	71	55,5	15	11,7	128	63,1
normvariant	14	28,0	28	56,0	8	16,0	50	24,6
pathologisch	1	4,0	20	80,0	4	16,0	25	12,3
Testpsychol.							n=216	
unauffällig	1	20,0	4	80,0	0	0,0	5	2,3
normvariant	24	35,3	38	55,9	6	8,8	68	31,5
pathologisch	31	21,7	89	62,2	23	16,1	143	66,2
Verteilung d. Gesamtstichp.	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

EEG, Röntgen bzw. CT und Testpsychologie wurden routinemäßig in über 80 % der Fälle durchgeführt, klinisch - chemische Laboruntersuchungen nur bei ca. einem Drittel der Probanden.

Pathologische Befunde wurden bei den technischen Untersuchungen (EEG, Röntgen/CT, klinisch - chem. Labor) nur in ca. 7 - 15 % der Untersuchten gefunden, bei testpsychologischen Untersuchungen dagegen in zwei Drittel.

Normvariante Befunde bei den Zusatzuntersuchungen schienen noch keinen Einfluß auf die Schuldfähigkeitsbewertung zu haben, erst bei pathologischen Ergebnissen war eine Tendenz in Richtung De- oder Exkulpierung festzustellen. So war kein Proband mit pathologischen EEG und nur ein Proband mit pathologischen Röntgen bzw. CT für voll schuldfähig angesehen worden. Der Anteil der als schuldfähig beurteilten Probanden lag bei normvarianten testpsychologischen Ergebnissen noch bei 35 % und fiel bei pathologischem Befund auf 22% ab.

Bezüglich des EEG kamen die vergleichbaren Untersuchungen von Bochnik (1965) und Göppinger (1983) zu ähnlichen Ergebnissen. So hatte Bochnik in 7,8 % (n=205) der Fälle ein pathologisches EEG gefunden; in der Untersuchung von Göppinger war in der Häftlingsgruppe bei 8,8 % (n=147), in der parallelisierten Vergleichsgruppe aus der "Normalbevölkerung" bei 4,7 % (n=150) ein pathologisches EEG vorhanden.

6.5. Hauptdiagnosen zum Tatzeitpunkt

Tab. 58

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
org. Psych. ICD 290-294	-	0,0	3	50,0	3	50,0	6	2,4
Schizophrenie ICD 295	-	0,0	1	8,3	11	91,7	12	4,8
Affekt. Psych ICD 296	-	0,0	-	0,0	2	100,0	2	0,8
Paranoide Syn drome ICD 297	-	0,0	-	0,0	3	100,0	3	1,2
Andere nicht- org. Psych. ICD 298	-	0,0	2	50,0	2	50,0	4	1,6
Neurose ICD 300	-	0,0	3	75,0	1	25,0	4	1,6
Persönlich- keitsstör. ICD 301	30	40,0	43	57,3	2	2,7	75	30,0
Sexuelle Stör- ung ICD 302	3	25,0	9	75,0	-	0,0	12	4,8
Alkoholabhän- gigk. ICD 303	-	0,0	11	84,6	2	15,4	13	5,2
Med./Drogen- abhäng. ICD 304	3	37,5	5	62,5	-	0,0	8	3,2
Alkoholmiß- brauch ICD 305	4	10,3	30	76,9	5	12,8	39	15,6
Akute Belast- ungsreaktion ICD 308	4	30,8	9	69,2	-	0,0	13	5,2
Anpassungs- stör. ICD 309	2	20,0	7	70,0	1	10,0	10	4,0
Nichtpsych. Störung nach Hirnschädig. ICD 310	-	0,0	11	78,6	3	21,4	14	5,6
Störungen des Sozialverhal- tens ICD 312	15	71,4	6	28,6	-	0,0	21	8,4
Stör. des Ju- gendalters ICD 313	-	0,0	1	100,0	-	0,0	1	0,4
Schwachsinn ICD 317	-	0,0	3	60,0	2	40,0	5	2,0
Keine Diagnose	8	100,0	-	0,0	-	0,0	8	3,2
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

Die häufigste Hauptdiagnose für den Tatzeitpunkt war die Persönlichkeitsstörung mit 30,0 %, gefolgt vom Alkohol-

mißbrauch mit 15,6 %, Psychosen (ICD 290 - 298) mit 10,8% und Störungen des Sozialverhaltens mit 8,4 %. Diese vier diagnostischen Gruppen erfaßten knapp zwei Drittel der untersuchten Stichprobe. Erhebliche Persönlichkeitsstörungen hatte auch Stemmer - Lück (1980) bei ca. 30 % von rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe Verurteilten festgestellt.

Kein Proband mit einer psychotischen Störung (n=27), Alkoholabhängigkeit (n=13), oder einer nichtpsychotischen Störung nach einer Hirnschädigung (vorwiegend Frontalhirnsyndrome) (n=14) wurde als voll schuldfähig beurteilt. Andererseits wurde auch kein Proband mit der Diagnosen "Sexuelle Störung" (n=12), akute Belastungsreaktion (n=13) oder Störung des Sozialverhaltens (n=21) exkulpiert.

Diagnosen, die in einer bestimmten Schuldfähigkeitsgruppe überproportional häufig vertreten sind:

Schuldfähige (weder § 20 noch § 21):

Störungen des Sozialverhaltens (71,4 % von 21)

Persönlichkeitsstörungen (40,0 % von 75)

Medikamenten- und Drogenabhängigkeit (37,5 % von 8)

Vermindert Schuldfähige (§ 21):

Alkoholabhängigkeit (84,6 % von 13)

Nichtpsychotische Störungen nach
Hirnschäden (78,6 % von 14)

Alkoholmißbrauch (76,9 % von 13)

Schuldunfähige (§ 20):

Schizophrenie (91,7 % von 12)

sonstige psychotische Störungen (66,7 % von 15).

Vergleich forensische versus klinische Population (Gebhardt u.a. 1983) nach den häufigsten Diagnosen

Tab. 59

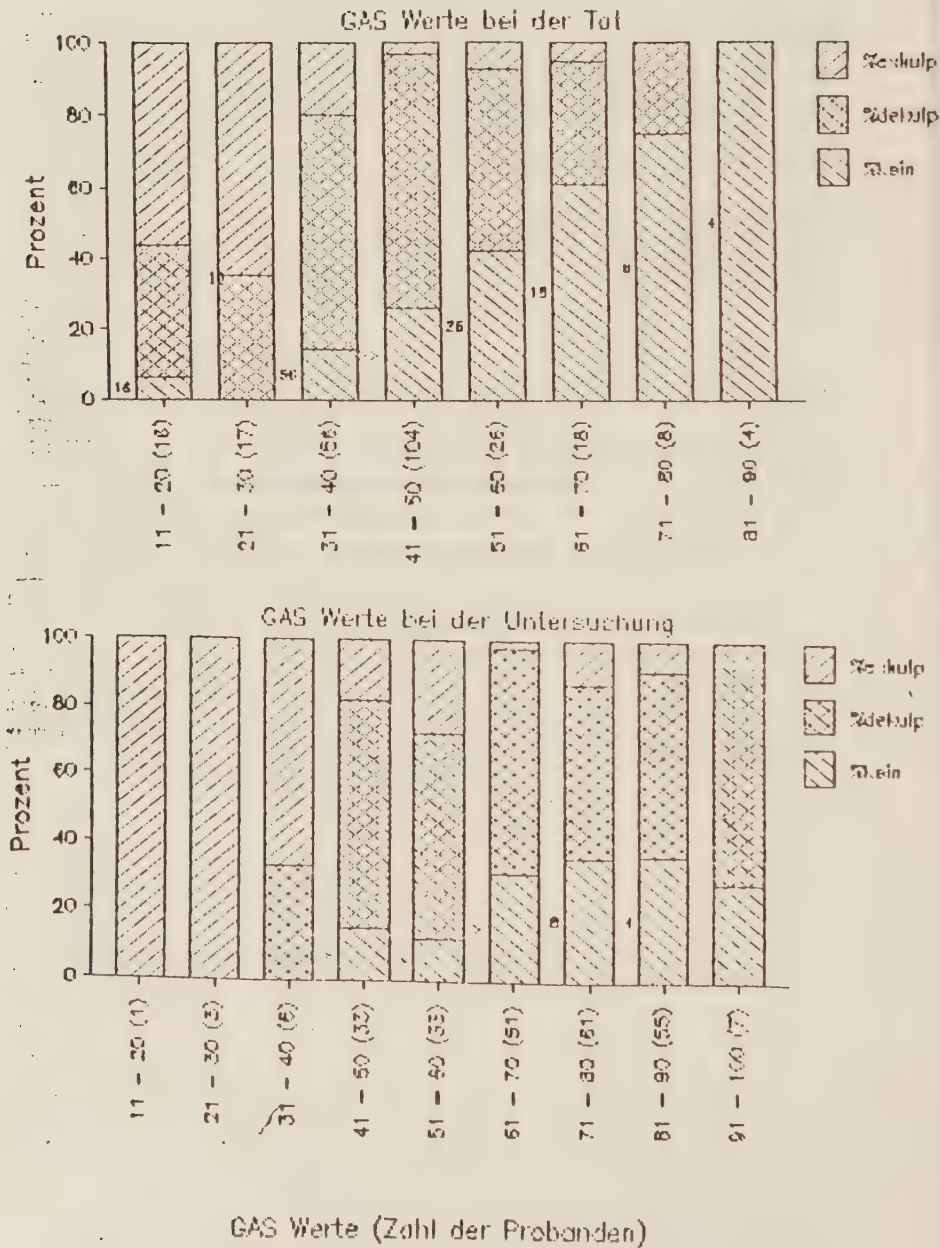
Klinische Stichprobe (n=1654): (in Klammern eigene forensische Stichprobe)			
Schizophrenie	(ICD 295)	30,7 %	(4,8 %)
Neurose	(ICD 300)	15,2 %	(1,6 %)
Affektive Psychosen	(ICD 296)	22,2 %	(0,8 %)
Forensische Stichprobe (in Klammern die Klinische Stichprobe)			
Persönlichkeitsstö.	(ICD 301)	30,0 %	(5,4 %)
Alkoholmißbrauch	(ICD 305)	15,6 %	(1,3 %)

Der Vergleich mit einer klinischen Stichprobe - Aufnahme-diagnose der Psychiatrischen Universitätsklinik München des gesamten Jahrgangs 1980 (nach Gebhardt u.a. 1983) - zeigt den gravierenden Unterschied bezüglich der Diagnosen: Diagnosen, die in der klinischen Population häufig sind, sind in der forensischen Population selten und umgekehrt.

6.6. GAS - Score (Global Assessment-Score)

Mit dem GAS - Score (nach Endicott u.a. 1973) wurde die globale psychische Beeinträchtigung zum Tat- und Untersuchungszeitpunkt eingeschätzt.

Abb. 1



62 Probanden (24,8 %) wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung, dagegen nur 5 (=2,0 %) z.Ztp. der Tat im Bereich zwischen 80 und 100, dem Bereich psychischer Gesundheit eingeordnet. Die größere psychische Beeinträchtigung zum Tatzeitpunkt war auch aus den GAS - Mittelwerten aller Probanden zu erkennen: Zur Tatzeit betrug er $46,7 \pm 11,2$; während der Untersuchung dagegen $71,1 \pm 15,3$.

Der Vergleich von GAS - Score und Schuldfähigkeitsgruppen zeigt, daß für die Einschätzung der Schuldfähigkeit vorwiegend die vermutete psychische Beeinträchtigung zum Tatzeitpunkt maßgeblich war, der Zustand während der Untersuchung war demgegenüber nur von untergeordneter Bedeutung. Aus der Abbildung 1 "GAS - Werte zur Tat" ist zu ersehen, daß der Anteil der Schuldfähigen mit zunehmendem GAS - Wert von 0 % (bei GAS < 30) bis zu 100 % (bei GAS > 80) kontinuierlich steigt. Probanden mit einem GAS - Wert unter 30 zur Tatzeit wurden häufiger exkulpiert, bei Werten zwischen 30 - 60 häufiger dekulpiert, Probanden mit GAS - Werten von über 60 meist als voll schuldfähig beurteilt.

7. Forensisch - psychiatrische Beurteilung

7.1. Die psychischen Merkmale der §§ 20/21 StGB

Hier ist die Zuordnung der Schuldausschließungsmerkmale zu den Schuldfähigkeitsgruppen wiedergegeben. Den 58 Gutachten, die noch vor der Strafrechtsreform auf der Grundlage des § 51.1 u. 2 StGB a.F. erstellt wurden, sind - soweit eindeutig möglich - die Merkmale der §§ 20, 21 zugeordnet worden.

Tab. 60

	§ 21 n % von n=144	§ 20 n % von n=37	Gesamt n % von n=181
Krankhafte seelische Störungen	63 43,8	26 70,3	89 49,2
Tiefgreifende Bewußtseinstörung	10 6,9	5 13,5	15 8,3
Schwachsinn	4 2,8	0 0,0	4 1,6
Schwere andere seelische "Abartigkeit"	44 30,6	3 8,1	47 26,0
nicht angegeben bzw. nicht beurteilbar	23 16,0	3 8,1	26 14,4
Gesamt	144 100	37 100	181 100

Das "privilegierte" Merkmal "krankhafte seelische Störung" war mit nahezu 50 % der de- oder exkulpierten Probanden weitaus am häufigsten vertreten, gefolgt von dem Merkmal "schwere andere seelische Abartigkeit" mit 26 %. Eine untergeordnete Rolle spielten die Merkmale "tiefgreifende Bewußtseinstörung" (8,3 %) und "Schwachsinn" (1,6%), in 14 % war keine Zuordnung möglich. Es fällt auf, daß das Merkmal "krankhafte seelische Störung" bei 70 % aller Exkulpierten, aber nur bei 44 % der Dekulpierten zugeteilt wurde. Umgekehrt war die "schwere andere seelische Abartigkeit" erheblich höher mit 30,6 % beim § 21 gegenüber 8,1 % beim § 20 vorhanden. Bei den Exkulpierten lagen somit vorwiegend die Merkmale "krankhafte seelische Störung" und "tiefgreifende Bewußtseinsstörung" und bei den Dekulpierten "krankhafte seelische Störung" und "schwere andere seelische Abartigkeit" zugrunde.

7.2. Relevanz des Alkohols für die forensische Beurteilung

Hier wurde festgehalten, in welchen Fällen eine Alkoholisierung des Probanden zur Tatzeit als allein entscheidender oder konstellierender Faktor für die Schuldfähigkeitsbeurteilung genannt wurde.

Tab. 61

	§ 21 n % von n=144	§ 20 n % von n=37	Gesamt n %
entscheidend bzw. konstellierend	72 50,0	8 21,6	80 44,2
nicht entscheidend bzw. konstellierend	72 50,0	29 78,4	101 55,8
Gesamt	144 100	37 100	181 100

Bei knapp der Hälfte (44,2 %) der De- und Exkulpierten war die Alkoholmitwirkung zur Tatzeit für die Beurteilung mitentscheidend. Ein Unterschied in der Bedeutung zeigte sich jedoch bei den zwei Schuldfähigkeitsgruppen: Bei den Dekulpierten war genau bei der Hälfte der Probanden der Alkohol mitentscheidend, bei den Exkulpierten jedoch nur in einem Fünftel (21,6 %) der Fälle.

7.3. Anwendung des § 105 JGG

Der § 105 JGG betrifft die Anwendung des Jugendstrafrechts auf Heranwachsende (18 - 21 Jahre). Der Gutachter hat hier aus nervenärztlicher Sicht zu prüfen, ob der Heranwachsende nach seinem Reifezustand (seiner sittlichen und geistigen Entwicklung) noch einem Jugendlichen gleichzusetzen ist.

In der untersuchten Stichprobe waren 45 Probanden bei der Tat Heranwachsende im Alter zwischen 18 und 21 Jahren. In 15 Fällen wurde von der auftraggebenden Stelle die Frage nach den Voraussetzungen des § 105 JGG gestellt.

In 35 Fällen hat der Gutachter zu diesem Komplex Stellung genommen:

	n	% von n=35
§ 105 bejaht:	32	91
§ 105 offen	2	6
§ 105 verneint	1	3

Bei 91 % wurden die Voraussetzungen für § 105 JGG festgestellt. Reifeverzögerungen im Sinne des § 105 JGG schienen nach diesem Ergebnis der Regelfall zu sein.

7.4. Massregeln §§ 63,64 StGB

Der § 63 StGB betrifft die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Sie kann nur erfolgen, wenn die Voraussetzungen für die Anwendung der § 21 StGB bzw. § 20 StGB positiv vorliegen.

Der § 64 StGB bezieht sich auf die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Sie kann unabhängig von der Anwendung der §§ 20,21 StGB angeordnet werden.

Tab. 62

Voraussetzungen des	- n % von n=69	§ 21 n % von n=144	§ 20 n % von n=37	Gesamt n % n=250
§ 63				
nicht vorha.	69 100,0	128 88,9	17 45,9	214 85,6
vorhanden	- 0,0	10 6,9	17 45,9	27 10,8
offen	- 0,0	6 4,2	3 8,1	9 3,6
Gesamt	69 100	144 100	37 100	250 100
§ 64				
nicht vorha.	69 100,0	125 86,8	34 91,9	228 91,2
vorhanden	- 0,0	13 9,0	1 2,7	14 5,6
offen	- 0,0	6 4,2	2 5,4	8 3,2
Gesamt	69 100	144 100	37 100	250 100

Durchschnittliche jährliche Häufigkeit der Anwendung von § 20 StGB und § 63 StGB in der Bundesrepublik Deutschland (Rasch 1986):

§ 20 (1975 - 1984) n=433/jährlich

§ 63 (1975 - 1984) n=213/jährlich = 49,2 % von 433

Die Voraussetzung des § 63 wurden bei 10 % der untersuchten Probanden angenommen. Bei den Dekulpierten lag der Anteil bei 7 %, bei den Exkulpierten jedoch bei 46 %, dies entspricht fast genau dem durchschnittlichen Anteil der Anwendung des § 63 StGB bei Exkulpierten in der Bundesrepublik Deutschland von 1975 - 1984 (Rasch 1986). In 3,6 % der Fälle wurde die Beantwortung der Frage von den Ergebnissen der Hauptverhandlung abhängig gemacht. Bezieht man die Zahlen auf die Probanden, bei denen die rechtlichen Voraussetzungen (§ 21 positiv oder § 20) für eine Unterbringung bestanden (130 Probanden), erhöht sich der Anteil, bei denen eine Maßregel nach § 63 StGB befürwortet wurde, auf 21 %, bei weiteren 7 % war die Frage der Unterbringung offen gelassen worden.

Die Voraussetzungen für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) lagen in 5,6 % der Fälle vor, in weiteren 3,2 % war die Entscheidung bis zur Verhandlung offen geblieben.

Von der Maßregel des § 64 StGB war vorwiegend die Gruppe der Dekulpierten betroffen.

7.5. Differenzierte Schuldfähigkeitsaussage

Bei den Schuldfähigkeitsaussagen der untersuchten Gutachten wurde immer zwischen "nicht ausschließbar" und "sicher vorhanden" differenziert. "Nicht ausschließbar" bedeutet, daß genügend Anzeichen für das Bestehen einer verminderten bzw. aufgehobenen Schuldfähigkeit vorliegen, jedoch nicht so viele Indikatoren, daß von einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit (= "sicher vorhanden") gesprochen werden kann.

Tab. 63

	n	%
§ 21 nicht ausschließbar	51	35,4
§ 21 sicher vorhanden	93	64,6
Gesamt	144	100
§ 20 nicht ausschließbar	19	51,4
§ 20 sicher vorhanden	18	48,6
Gesamt	37	100

Die Schuldfähigkeitsaussage beim § 21 war nur bei einem Drittel, bei § 20 dagegen bei der Hälfte als "nicht ausschließbar" gekennzeichnet worden.

7.6. Schuldfähigkeitsbeurteilung vor und nach der Strafrechtsreform

Der von K. Schneider befürchtete "Dammbruch" kam nach den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. K. Schneider hatte bei den Beratungen zur 2. Strafrechtsreform angenommen, daß die Zahl der Schuldunfähigen erheblich zunehmen würde, wenn die "schwere andere seelische Abartigkeit" ausdrücklich im Gesetzestext genannt würde (Schneider 1960).

Tab. 64

	-		§ 21		§ 20		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vor Reform	16	27,6	32	55,2	10	17,2	58	23,2
nach Reform	53	27,6	112	58,3	27	14,1	192	76,8
Gesamt	69	27,6	144	57,6	37	14,8	250	100

Die Strafrechtsreform ist am 01.01.75 in Kraft getreten. Der Anteil der als "voll schuldfähig" beurteilten Probanden ist entgegen den Vorhersagen nicht gesunken, sondern exakt gleichgeblieben (dazu Schreiber 1981). Der Anteil der Exkulpierten (§ 20 StGB) ist etwas kleiner geworden, eine gleiche Tendenz bezüglich der Annahme des § 20 ist auch aus der Strafverfolgungsstatistik zu ersehen (Rasch, Volbert 1985). Der Anteil der Dekulpierten hat sich auf Kosten der Exkulpierten vergrößert.

IV. DISKUSSION

Vorbemerkungen

Hauptziel der Arbeit war die Entwicklung eines Dokumentationssystems zur standardisierten und quantitativen Erfassung von psychiatrischen Begutachtungen im Strafverfahren.

Dazu wurde ein Entwurf eines Dokumentationssystems, der auf forensisch psychiatrischen Erfahrungen und Literaturstudium basiert, auf bereits erstellte Gutachten angewendet.

Die bei der Anwendung gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse sollten bei der Überarbeitung des Dokumentationssystems berücksichtigt werden.

Die dabei aufgetauchenden Fragen waren:

1. Welche Bedeutung haben die einzelnen erhobenen Merkmale für die Schuldfähigkeitsbeurteilung?
2. Haben sich bei der Gutachtenanalyse zusätzliche Punkte ergeben, die in das Dokumentationssystem aufgenommen werden müssen, um die Schuldfähigkeitsbeurteilung nachvollziehen zu können?
3. Welche Perspektiven ergeben sich aus der routinemäßigen Anwendung eines standardisierten Dokumentationssystems?

1. Die Bedeutung der untersuchten Merkmale für die Schuldfähigkeitsbeurteilung

1.1. Einzelbereiche

1.1.1. Tat

Bei den Tatumständen hat der Alkohol die größte Relevanz, eine Alkoholmitwirkung war in 66,4 % der Fälle beschrieben; ein ähnlich hoher Anteil wurde auch in

anderen Studien angegeben: Bei einer Untersuchung von Tötungsdelikten in Hamburg von 1962 - 1967 (Rasch 1975) wurde ein Anteil von 62,9 % alkoholisierten Tätern gefunden, Gillies (1976) gibt einen Anteil von 58 % bei männlichen Probanden mit Tötungshandlungen an. Eine positive Korrelation von Alkoholeinfluß bei der Tat mit der Zuerkennung von verminderter Schuldfähigkeit (Rasch u. Volbert 1985) wird auch durch diese Untersuchung bestätigt: Von den immerhin 112 Probanden mit einem BAK zur Tatzeit von mehr als 1 Promille wurden 77 % dekulpiert. Für die Exkulpierung hatte der Alkohol dagegen eine geringe Bedeutung.

Neben dem Alkohol zeigt die Täter-Opfer-Beziehung eine interessante Korrelation mit der Schuldfähigkeit: Je enger die Beziehung war, desto eher wurden die Probanden de- oder exkulpiert. So wurden bei verwandten Opfern 42 % der Probanden exkulpiert; wenn der Ehe- bzw. Sexualpartner das Opfer (vgl. Rasch 1964) war, wurden 76 % als vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) beurteilt. Außerdem spielte die Tatbegehung als Einzel- oder Gemeinschaftstäter eine wichtige Rolle: Gemeinschaftstäter wurden häufig als schuldfähig angesehen, kein Gemeinschaftstäter wurde als schuldunfähig beurteilt. Schuldfähige Probanden töteten ihr Opfer seltener, schuldunfähige Probanden hatten fast nie eine gleichartige Aggressionstat in ihrer Vorgeschichte. Die Deliktart selbst, abgesehen von Raub, hatte keinen Einfluß auf die Schuldfähigkeitsbeurteilung.

Die wichtigsten Tatmerkmale im Bezug auf die Schuldfähigkeit scheinen Alkohol zur Tatzeit, Täter-Opfer-Beziehung und Gemeinschaftstäter zu sein, dagegen sind Delikt, Anzahl und Verletzungsgrad der Opfer von eher untergeordneter Bedeutung. Es kann Monahan (1975) zugestimmt werden, der anregte, mehr Mühe auf die Identifizierung von Situationen zu verwenden, die Gewalttätigkeit fördern, statt nur zu versuchen, zu Gewalttaten neigende Persönlichkeiten zu identifizieren.

1.1.2. Lebensgeschichtliche Entwicklung

Von den zahlreich untersuchten soziodemographischen Daten haben vorwiegend das Geschlecht und das Tatzeitalter der Probanden einen Zusammenhang mit der Schuldfähigkeitsbeurteilung erkennen lassen. Wie schon in anderen Untersuchungen (Bochnik u.a. 1965, Bröckling 1980, Becker u. Gross 1980, Rode u. Scheid 1986) sind auch in dieser Studie Frauen seltener als schuldfähig und häufiger als schuldunfähig als Männer beurteilt worden. Nach der Bundesverurteiltenstatistik, die nicht nur Aggressionsdelikte umfaßt, werden dagegen die §§ 20, 21 StGB bei Frauen seltener (mit Ausnahme von Betäubungsmittel- und Tötungsdelikten) angewendet (Rasch 1986). Mit zunehmendem Alter zur Tatzeit sinkt der Anteil der schuldfähigen Probanden, der Anteil der De- und Exkulpierten steigt dagegen kontinuierlich. Kein Proband unter 18 Jahren ist exkulpiert worden, dagegen 3 von 4 Probanden über 60 Jahren.

In Bezug auf Schul- und Berufsausbildung unterschieden sich die verschiedenen Schuldfähigkeitsgruppen nicht; bei der beruflichen Stellung fiel der hohe Anteil der schuldfähigen Freischaffende/selbstständige Unternehmer (50 %) auf, außerdem, daß vier von fünf Hausfrauen als schuldunfähig beurteilt wurden.

Überraschend war, daß sich von den psychosozialen Belastungsfaktoren im Kindesalter (0 - 15 Jahre) eigentlich nur eine einzige Variable im Schuldfähigkeitsgrad bemerkbar machte: Probanden, die in den ersten fünf Lebensjahren im Heim aufwuchsen, sind häufiger dekulpiert worden. Unabhängig von der Schuldfähigkeitsbeurteilung zeigte sich aber, daß die Probanden der hier untersuchten Stichprobe psychosozialen Belastungen im Kindesalter stärker ausgesetzt waren als die Probanden bei der vergleichbaren Untersuchung von Göppinger (1983).

Ein Zusammenhang von Delinquenz und Schuldfähigkeitsbeurteilung war nur in wenigen Merkmalen ersichtlich. Schuldfähige weisen eine größere Zahl an früheren Straftaten aus, die erste Straftat erfolgt eher vor dem 18. Lebensjahr; exkulpierte Probanden sind häufiger

Ersttäter, selten haben sie früher mehr als drei Straftaten begangen.

1.1.3. Psychiatrische Anamnese

Während Bochnik (1965) bei 6 % der Gewalttäter, Böker u. Häfner (1973) bei 9,7 % der gewalttätigen Geistesgestörten, Rode u. Scheld (1986) bei 9 % der Täter mit Tötungsdelikten Suizidversuche in der Vorgeschichte festgestellt hatten, haben in dieser Studie 22 % der Probanden einen früheren Suizidversuch angegeben. Ein Suizidversuch im Jahr vor der Tat korreliert nach dieser Untersuchung mit einer verminderten bzw. aufgehobenen Schuldfähigkeit. Dabei ist weniger die bisherige Anzahl der Suizidversuche als der zeitliche Abstand zur Tat entscheidend. Probanden mit einem objektivierbaren Schädel-Hirn-Trauma in der Anamnese wurden überwiegend (79 %) dekulpiert, während bei einem lediglich vom Probanden angegebenen SHT kein Einfluß auf die Beurteilung festzustellen war. Von den früheren Entwicklungsstörungen zeigten insbesondere die statomotorischen- oder Sprachverzögerungen einen deutlichen Bezug zur Schuldfähigkeitsbeurteilung: Nur einer von 18 Probanden mit dieser Störung in der Anamnese wurde als schuldfähig beurteilt, ein Drittel exkulpiert. Probanden mit neurotischer Primordialsymptomatik (z.B. Bettnässen, Nägelknabbern u.ä.) oder einer sicheren Drogenanamnese wurden häufiger dekulpiert als die Gesamtpopulation. Probanden, in deren Familien psychische Erkrankungen oder Suizide aufgetreten sind, entsprechen in ihrer Schuldfähigkeitsbeurteilung der Gesamtstichprobe; dagegen sind Probanden, die jemals vorher ambulant oder stationär psychiatrisch behandelt wurden, etwas häufiger de- oder exkulpiert worden.

Zusammenfassend haben sich Suizidversuche in zeitlicher Nähe zur Tat, sicheres Schädel-Hirn-Trauma, frühe Entwicklungsstörungen, sichere Drogenanamnese und frühere psychiatrische Behandlungen als wichtige anamnestische, die Schuldfähigkeitsbeurteilung beeinflussende Daten

erwiesen. Eine familiäre Vorbelastung durch psychiatrische Erkrankungen hatte dagegen nur einen sehr geringen Einfluß.

1.1.4. Psychischer Befund und Diagnose

Deutliche Unterschiede der Zuordnungshäufigkeiten fanden sich auch für eine Reihe von Symptomen des psychischen Querschnitt-Befundes bei der Begutachtung. Wenn bei der Untersuchung Konzentrationsstörungen, Auffassungsstörungen, formale Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Wahnsymptome festgestellt wurden, führte dies fast immer zu einer De- oder Exkulpierung. Demgegenüber hatten Störungen des Affekts, die insgesamt am häufigsten vertreten waren, einen sehr viel geringeren Einfluß auf die Schuldfähigkeitsbeurteilung. Die im AMDP-System erfaßten körperlichen Symptome traten etwas häufiger bei vermindert Schuldfähigen auf, die neurologischen Symptome häufiger bei schuldunfähigen Probanden.

Überproportional häufig waren von den habituellen Persönlichkeitsmerkmalen hysterische in der Gruppe der Schuldfähigen, asthenische in der Gruppe der vermindert Schuldfähigen und schizoide Merkmale in der Gruppe der Schuldunfähigen vertreten.

Bei den technischen Zusatzuntersuchungen - EEG, klinisch-chemisches Labor, Röntgen/CT - hatten nur pathologische - nicht jedoch normvariante - Befunde einen Einfluß auf die Schuldfähigkeitsbeurteilung. So wurde kein Proband mit einem pathologischen EEG-Befund und nur ein Proband mit einem pathologischen Röntgen-Befund für schuldfähig beurteilt. Pathologische EEG- oder Röntgen-Befunde führten vorwiegend zu einer Dekulpierung. Ein pathologisches EEG wurde ebenso wie bei Bochnik (1965) bei 7,8 % der untersuchten Probanden gefunden, bei Göppinger (1983) waren es in der Häftlingsgruppe 8,8 % und in der Vergleichsgruppe 4,7 %.

Der Vergleich zwischen Diagnose und Schuldfähigkeit zeigte ein uneinheitliches Bild: Während einzelne Diagnosen eine fast eindeutige Zuordnung zu einer Schuldfähigkeitsgruppe zur Folge hatten, bestand bei anderen Diagnosen kein Zusammenhang mit einer bestimmten Schuldfähigkeitsaussage. Psychosen (ICD 290 - 298) führten überwiegend zur Exkulpierung: Von 12 schizophrenen Probanden wurden 11 als schuldunfähig beurteilt. Probanden mit der Diagnose eines Frontalhirnsyndroms (ICD 310), einer Alkoholabhängigkeit (ICD 303), Alkoholmißbrauchs (ICD 305) oder einer sexuellen Störung (ICD 302) wurden vorrangig dekulpiert. Während bei diesen Probanden die Diagnose allein in der überwiegenden Zahl der Fälle für die forensisch-psychiatrische Beurteilung auszureichen schien, war dies bei der häufigsten Diagnose, der Persönlichkeitsstörung (ICD 301), nicht der Fall. Bei dieser Diagnose scheinen in besonderem Maße konstellative Faktoren (wie z.B. Alkoholisierung), Tatumstände oder Auffälligkeiten in der Anamnese eine wichtige Rolle für die Zuordnung zu einer bestimmten Schuldfähigkeitsgruppe zu spielen.

Die GAS-Werte lassen die entscheidende Bedeutung des psychischen Befundes zur Tatzeit erkennen: Während der GAS-Score zum Zeitpunkt der Begutachtung nur eine geringe Beziehung zur Schuldfähigkeitsaussage zeigte, besteht zum Tatzeitpunkt eine eindeutige Korrelation. Werte unter 30 führten vorwiegend zur Exkulpation, Werte zwischen 30 und 60 zur Dekulpation, Probanden mit Werten über 60 wurden vorwiegend als voll schuldfähig beurteilt. Dieser enge Bezug zwischen Tatzeitbefund und Schuldfähigkeitsbeurteilung entspricht der Forderung nach der Rekonstruktion der Tatzeitpersönlichkeit (Venzlaff 1986).

1.2. Gesamtbereich

Die Frage, an welchen Merkmalen - psychopathologischen, anamnestischen, tatspezifischen - sich der forensisch-psychiatrische Entscheidungsprozeß zur Beurteilung der Schuldfähigkeit vorwiegend orientiert, ist auch nach unserer Untersuchung nicht eindeutig beantwortbar. Bei schuldunfähigen Probanden, die am ehesten den klinischen Patienten entsprechen, scheint die psychopathologische Ebene für die Beurteilung ausreichend zu sein: Direkt beobachtbare bzw. erfahrbare Symptome führen über die Diagnosestellung zu einer eindeutigen Zuordnung.

Dagegen kann bei den vermindert schuldfähigen Probanden die Diagnose allein die Varianz der Beurteilung nicht erklären. Tatspezifischen Umständen wie Alkoholisierung und anamnestischen Daten wie z.B. ein früheres Schädel-Hirn-Trauma, scheint bei diesen Probanden oft mehr Gewicht zukommen als der psychopathologischen Symptomatik bei der Untersuchung.

Schuldfähige Probanden sind vor allem durch Tatmerkmale (z.B. Raub, Gemeinschaftstat) und Delinquenzentwicklung (z.B. mehrere Vordelikte) gekennzeichnet, daneben finden sich bei ihnen gehäuft hysterische Persönlichkeitsmerkmale.

In der Mehrzahl der Fälle führten nicht allein psychopathologische Befunde und Diagnosen zur Zuordnung zu einer Schuldfähigkeitsgruppe, vielmehr beeinflussen bestimmte anamnestische und tatspezifische Merkmale die forensisch-psychiatrische Beurteilung entscheidend mit.

Übersicht

Häufige und seltene Merkmale der Schuldfähigkeitsgruppen

SCHULDFÄHIGE

- häufig:** Gemeinschaftstat; Raub; mehr als 2 Opfer; Alter 14 - 18 Jahre; Freischaffende/selbst. Unternehmer; 4 - 10 frühere Straftaten; gefühlskalt; manipulativ; gesteigertes Selbstwertgefühl; antriebsgesteigert; Diagnosen: keine, Störungen des Sozialverhaltens (ICD 312), Persönlichkeitsstörung (ICD 301).
- selten:** BAK über 1 Promille; enge Täter-Opfer-Beziehung; Alter über 40 Jahre; Heimaufenthalt im Alter von 0 - 5 Jahren; Statomotorische oder Sprachverzögerungen; früheres sicheres Schädel-Hirn-Trauma, Suizidversuch im Jahr vor der Tat; pathologisches EEG oder Röntgenbefund; Diagnosen: Psychosen (ICD 290 - 298), Frontalhirnsyndrom (ICD 310).

VERMINDERT SCHULDFÄHIGE

- häufig:** BAK über 1 Promille; Opfer ist Sexual- oder Ehepartner; Alter 40 - 50 Jahre; Heimaufenthalt im Alter von 0 - 5 Jahren; früheres objektivierbares Schädel-Hirn-Trauma; sichere Drogenanamnese; geringe Durchsetzungsfähigkeit; affektinkontinent; pathologisches EEG oder Röntgenbefund; Diagnosen: Alkoholabhängigkeit (ICD 303); Frontalhirnsyndrom (ICD 310); Alkoholmißbrauch (ICD 305); Sexuelle Störungen (ICD 302).
- selten:** keine Alkoholmitwirkung bei der Tat; Opfer ist ein Verwandter; gefühlskalt; paranoisch; Wahnsymptome; Diagnosen: Schizophrenie (ICD 295); Störungen des Sozialverhaltens (ICD 312).

SCHULDUNFÄHIGE

- häufig: Opfer ist ein Verwandter; Alter über 60 Jahre; Hausfrau; statomotorische- oder Sprachverzögerungen; Suizid im Jahr vor Tat;
paranoisch-sensitiv; Wahnsymptome; affektstarr;
Diagnose: Schizophrenie (ICD 295).
- selten: Gemeinschaftstat; frühere gleichartige Tat; Alter 14 - 18 Jahre; Freischaffende/selbständige Unternehmer; Angestellte;
auffällige Verdrängungsmechanismen; emotiv; theatralisch;
Diagnosen: Störungen des Sozialverhaltens (ICD 312);
akute Belastungsreaktion (ICD 308), Sexuelle Störungen (ICD 302), Persönlichkeitsstörung (ICD 301).

2. Revision des vorläufigen Dokumentationssystems

2.1. Die Eignung des AMDP-Systems

Nach der Erprobung des Dokumentationssystem stand zunächst die Frage nach der prinzipiellen Eignung des klinischen AMDP-Systems für die forensische Psychiatrie im Vordergrund; außerdem war zu untersuchen, ob es zweckmäßig war, das gesamte AMDP-System unverändert in ein forensisch-psychiatrisches Dokumentationssystem zu integrieren oder ob es - analog dem Weg der Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie (AGP) (Ciompi u.a. 1973) - entsprechend den forensischen Anforderungen modifiziert bzw. nur in Teilen übernommen werden sollte.

In der Stichprobe kamen Persönlichkeitsstörungen als häufigste Diagnose vor; dies ist auch in anderen forensischen Populationen der Fall (Stemmer-Lück 1980). Die Persönlichkeitsstörung ist eine Diagnose, die sich im Gegensatz zu Psychosen weniger durch direkt beobachtbare Symptomatik als durch Auffälligkeiten in der Lebensgeschichte manifestiert. Insofern erhält die ausführliche anamnesti-

sche Datenerhebung (3 Anamnese-Teile!) des AMDP-Systems in der forensischen Psychiatrie ein besonderes Gewicht. So war es durch das Item "Veränderungen der Lebenssituation" (Anamnese 2; Merkmal Nr. 23) möglich, aufzuzeigen, daß psychosoziale Belastungsmomente wie z.B. Heimaufenthalt und Scheidung der Eltern in den Kinderjahren in forensischen häufiger auftreten als in anderen Populationen (z.B. in der Vergleichspopulation Göppingers 1983).

Anders verhält es sich mit dem psychischen Befund des AMDP-Systems: Nur 32 von 100 Symptomen waren bei mehr als 10 Probanden vorhanden, davon sind fast die Hälfte die relativ unspezifischen Affektsymptome. Die Itemauswahl des AMDP-Systems ist an den in der Klinik dominierenden psychotischen Erkrankungen ausgerichtet, Sie haben in unserer Untersuchung nur einen Anteil von 10 %. Die relative Seltenheit von psychotischer Symptomatik bei Gutachtenspatienten könnte für einen Verzicht oder wenigstens für eine Modifizierung des Psychischen Befundes sprechen. Dem ist entgegenzuhalten, daß gerade bei seltenen Symptomen ein deutlicher Zusammenhang mit der Schuldfähigkeitsbeurteilung ersichtlich war. So war die Beobachtung von formalen Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder eines Wahnes nahezu ausschließlich mit aufgehobener Schuldfähigkeit verbunden. Ähnliches gilt, wenn Auffassungs- und Konzentrationsstörungen beschrieben wurden. Daher scheint eine Beibehaltung der vollständigen Symptomenliste des psychischen Befundes gerechtfertigt, wenn nicht sogar notwendig zu sein.

Auf Grund der Anwendung und Ergebnisse unserer Untersuchung kann eine Übernahme des AMDP-Systems für die forensische Psychiatrie in seiner Gesamtheit empfohlen werden. Selbst wenn sich einzelne Items für eine forensische Modifizierung anbieten würden, haben wir darauf verzichtet, weil dann ein Vergleich mit klinischen Patienten nicht mehr ohne weiteres möglich wäre und auch die Akzeptanz durch den forensisch tätigen Kliniker beeinträchtigt werden könnte.

Die Anregung von Mende (1983) und Ehrhardt (1984), das AMDP-System im forensischen Bereich zu erproben, scheint sich durch unsere Untersuchung als richtige Zielsetzung erwiesen zu haben.

2.2. Erweiterung des Forensischen Teils

Während es sich beim AMDP-System um ein klinisch erprobtes Untersuchungsinstrument handelt, ist der Forensische Teil des Dokumentationssystems eine Neukonstruktion. Deshalb waren weitergehende Änderungen zu erwarten. Eine Reduktion bisheriger Items konnte hauptsächlich durch Konzentration auf relevante Merkmale (z.B. Erfassung des Hauptopfers statt aller Opfer), Verzicht auf die Erfassung von Merkmalen früherer Delikte und die Ausschaltung von unzureichend beurteilbaren Items (z.B. Aggressionsarten nach Moyer 1968, Abhängigkeiten und Einflüsse auf die Tat) erreicht werden.

Schwerpunkt der Revision war jedoch die Einbeziehung bisher nicht berücksichtigter Bereiche:

- Erfassung des Tatgeschehens
- Beschreibung der Tatzeitpersönlichkeit
- Forensische Relevanz der Befunde

Außerdem wurden verschiedene Einzelitems eingefügt und modifiziert, sowie die Gliederung und die Form neu gestaltet.

2.2.1. Erfassung des Tatgeschehens

"Die Betrachtung des Tatgeschehens selbst stellt nur einen Bestandteil dar in dem Mosaik, das es zusammenzusetzen gilt. Seine Bedeutung ergibt sich aus der gesetzlichen Formulierung, nach der der Zustand des Täters "zur Zeit der Tat" zu beurteilen ist" (Rasch 1980). In der angewandten Form des Dokumentationssystem fehlte eine differenzierte Beschreibung des Tatgeschehens, das sich auch in unserer Gutachtendurchsicht oft als ein

wichtiges "Mosaikbestandteil" für den Rückschluß auf die psychische Verfassung des Täters erwiesen hat.

Für die forensisch-psychiatrische Aufgabenstellung schienen besonders die von Saß (1983) aus der Literatur entwickelten "Tatmerkmale, die gegen eine tiefgreifende Bewußtseinsstörung sprechen können", geeignet. Sie werden jedoch nicht als Ausschußkriterien für eine Bewußtseinsstörung, sondern - modifiziert - als eine Abbildung der psychischen Funktionsfähigkeit des Probanden vor und während des Tatgeschehens verwendet. Diese Kriterien zeichnen sich dadurch aus, daß sie einerseits eine große Spannweite (z.B. Thomae und Schmidt 1967, Undeutsch 1974, Binder 1974, Rasch 1980, Ritzel 1980) widerspiegeln, andererseits in fast operationalisierter Form vorliegen (siehe FPDS Pkt. 4.4, Nr. 1-12).

Neben diesen mehr an der psychischen Funktionsfähigkeit orientierten Tatmerkmalen ergänzten wir auch die allgemeinen Tatangaben (siehe FPDS Pkt. 1.3). Nachdem wir einen engen Zusammenhang zwischen dem Merkmal "Einzel- oder Gemeinschaftstäter" und der Schuldfähigkeitsbeurteilung herausgefunden hatten, schien es uns notwendig, weitere solcher Tatcharakteristika (Tatentschluß, Tatwerkzeug, Tatmotiv, Geständnis) aufzunehmen.

Bei der retrospektiven Analyse der Gutachten war außerdem erkennbar, daß ein Zusammenhang zwischen dem Verhalten des Opfers und der psychischen Verfassung des Täters (vgl. Weber 1978) besteht. Wir haben deshalb die Merkmale "Verhalten des Opfers" und "Alkoholisierung des Opfers" dem Merkmalsbestand hinzugefügt (FPDS Pkt. 1.2).

2.2.2. Beschreibung der Tatzeitpersönlichkeit

In der Anwendungsform des Dokumentationssystem war die Erfassung der Tatzeitpersönlichkeit auf GAS-Score und Tatzeitdiagnose beschränkt, um nicht vorschnell Pseudogenauigkeiten zu erzielen, die sich bei späteren Untersuchungen nicht bestätigen. Die retrospektive Erhebung hat jedoch erkennen lassen, daß meistens ausreichend

Informationen vorliegen, um die Tatzeitpersönlichkeit differenzierter als durch einen einzigen Zahlenwert zu erfassen; dies dürfte noch eher möglich sein, wenn die Dokumentation direkt bei der Begutachtung durchgeführt wird. Daher ist das System um einen geschätzten Befund zum Tatzeitpunkt (FPDS Pkt. 4.6) erweitert worden. Er enthält die Symptomgruppen des Psychischen und Somatischen Befundes des AMDP-Systems; ein differenziertes Rating nach Einzelsymptomen scheint retrospektiv allein durch Befragung der Probanden und der Zeugen nicht möglich. Um die Schuldfähigkeitsbeurteilung transparenter zu machen, soll außerdem der Einfluß der Symptomgruppen auf die Motivationszusammenhänge und das Tatverhalten eingeschätzt werden.

Viele Autoren (Mende 1979, 1984, Saß 1983, Rasch 1980) haben seit der Strafrechtsreform immer wieder darauf hingewiesen, daß es sich bei der Beurteilung der Affekttat bzw. Bewußtseinsstörung um ein ebenso schwieriges wie zentrales Thema der Forensischen Psychiatrie (Ritzel 1980) handelt. Mit dem angewendeten Dokumentationssystem war die Erfassung der Bewußtseinsstörung nur unzureichend möglich. Für die überarbeitete Fassung haben wir als Abbildungsgrundlage die Kriterien von Mende (1984) herangezogen, die sich an organischen Dämmerzuständen orientieren (siehe FPDS Pkt. 4.4, Nr. 13 - 19). Damit ist auch ein Vergleich von Bewußtseinsstörungen "auf nicht krankhafter Grundlage" gegenüber organischen Störungen möglich.

Aufgrund der "empfindlichen Unsicherheitszone" (Saß 1986) in der Erfassung der Persönlichkeitsstörungen schien es uns notwendig, neben den habituellen Persönlichkeitsmerkmalen auch die psychosozialen Auswirkungen festzuhalten, um die Diagnostik prä-morbider und persönlichkeitsgestörter Probanden besser abzusichern. Wir haben deshalb in Anlehnung an die Kriterien Mendes (1984) für eine schwere Gefügestörung der Persönlichkeit einen Merkmalskatalog (FPDS Pkt. 4.5) entwickelt. In Zukunft können damit auch psychosoziale Beeinträchtigungen von "krankhaften seelischen Störungen" mit

"schweren anderen seelischen Abartigkeiten" verglichen werden.

2.2.3. Forensische Relevanz der Befunde

Nachdem unsere Untersuchung zeigte, daß einzelne Befunde und Diagnosen die Schuldfähigkeitsaussage meistens noch nicht festlegen, erschien es sinnvoll, die Überlegungen des Gutachters zur forensischen Relevanz der Befunde zu erfassen (siehe FPDS Pkt. 4.7). Der Gutachter soll sich hier festlegen, welche Diagnose bzw. welchen Befund er zur Grundlage seiner Schuldfähigkeitsaussage macht. Außerdem soll er angeben, welchen konstellativen Faktoren er eine forensische Relevanz zumißt. Zur Bewertung der Schuldfähigkeitsaussage erscheint es auch wichtig, den Grad der Sicherheit des Gutachtens bei der forensischen Einschätzung zu kennen.

Insgesamt soll mit dem Abschnitt "Forensische Relevanz" das Bindeglied zwischen Befunderhebung und Diagnose einerseits und forensisch-psychiatrischer Aussage andererseits transparent gemacht werden.

3. Das FPDS

Als Ergebnis der Revisionsüberlegungen wird das Forensisch-Psychiatrische Dokumentations-System, abgekürzt FPDS, vorgelegt: Siehe Anhang 2.

3.1. Umfang und Einordnung des FPDS

Das FPDS gliedert sich in folgende Teile:

1.0. Aktenlage (28 Items)

1.1. Gutachten	7 Fragen - 16 Items
1.2. Opfer	7 Fragen - 7 Items
1.3. Angaben zur Tat	5 Fragen - 5 Items

2.0. AMDP (290 Items)

2.1. Anamnese 1 (Soziodemographische Daten)	21 Fragen - 47 Items
2.2. Anamnese 2 (Biographische Anamnese)	2 Fragen - 45 Items
2.3. Anamnese 3 (Krankheitsanamnese)	15 Fragen - 52 Items
2.4. Psychische Befunduntersuchung	14 Fragen - 103 Items
2.5. Somatische Befunduntersuchung	7 Fragen - 43 Items

3.0. Ergänzende amnestische und klinische Daten
(94 Items)

3.1. Primärfamilie	7 Fragen - 17 Items
3.2. Sexualverhalten	11 Fragen - 11 Items
3.3. Zusatzuntersuchungen	6 Fragen - 6 Items
3.4. DSM III/GAS	2 Fragen - 7 Items
3.5. Auffälligkeiten der Persönlichkeit	53 Fragen - 53 Items

4.0. Spezieller Forensischer Teil (100 Items)

4.1. Kriminelle Vorgeschichte	8 Fragen - 18 Items
4.2. Alkohol und Drogen	6 Fragen - 6 Items
4.3. Konfliktbereiche	2 Fragen - 3 Items
4.4. Allgemeine Tatmerkmale	19 Fragen - 19 Items
4.5. Psychosoziale Auswirkungen	7 Fragen - 7 Items
4.6. Befund-Tat	21 Fragen - 24 Items
4.7. Forensische Einschätzung	12 Fragen - 23 Items

Das FPDS umfaßt 512 Merkmale, davon entfallen auf das AMDP-System 290 Items, auf den Forensischen Teil 222 Erhebungspunkte. In der jetzigen Form beträgt die Seitenzahl ohne Deckblatt 18 DIN-A4-Seiten; bei ersten probativen Anwendungen als Begleitdokumentation beanspruchte das FPDS einen zusätzlichen Arbeitsaufwand - je nach Übung - von ca. 40 - 60 Minuten. Die Datenspeicherung erfolgt beim FPDS anonym, es werden weder Name noch Wohnort festgehalten.

Wenn man die Einteilung von Mombour (1972) zugrundelegt, handelt es sich beim FPDS um ein "Untersuchungsinstrument vom Fremdbeurteilungstyp (Arzt) mit Schätzskaalen mit freier Exploration, die Teil eines größeren Dokumentationssystems sind".

3.2. Beschreibung des FPDS

1. Allgemeiner Forensischer Teil-Aktenlage

Den klinischen Teilen des FPDS wurde ein kurzer Abschnitt vorangestellt, der Fragen zum Gutachten, Hauptopfer und zur Tat enthält. Beim Teil "Gutachten" werden neben dem Straftatsvorwurf Daten zur Gutachtensdurchführung, zum Auftraggeber und dessen Fragestellungen und zu Vorgutachten erhoben. Die Abschnitte Hauptopfer und Angaben zur Tat halten die wichtigsten Ermittlungsergebnisse der Polizei fest, wie sie sich aus der Aktenlage ergeben.

2. AMDP

Das Kernstück des FPDS bildet weiterhin das AMDP-System. Es gliedert sich in zwei Hauptabschnitte: Anamnese und Befund. Der Anamnese-Teil enthält drei Dokumentationsbelege: In Anamnese 1 werden soziodemographische Grunddaten, in Anamnese 2 die lebensgeschichtliche Entwicklung und in Anamnese 3 die Krankheitsgeschichte erhoben. Der Befundteil umfaßt zwei Dokumentationsbelege: Im psychischen Befund sind 100 Symptome in 10 Gruppen aufgeführt, die mit einer vierstufigen Schätzskaala (nicht, leicht, mittel, schwer vorhanden) beurteilt werden sollen. Im somatischen Befund werden subjektive körperliche Beschwerden und objektivierbare neurologische Symptome ebenso vierstufig eingeschätzt. Im FPDS beziehen sich die Anamnesedaten auf den Zeitraum bis zur Tat, die Befunddaten auf den Zeitpunkt der Gutachtensuntersuchung.

3. Ergänzende anamnestische und klinische Daten

Hier werden zusätzliche Informationen über Herkunftsfamilie und Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Mende u. Mende 1986),

über das Sexualverhalten des Probanden und Ergebnisse der klinischen Zusatzuntersuchungen wie EEG, CT oder Testpsychologie dokumentiert. In diesem Teil wird auch die DSM III-Diagnose mit allen 5 Achsen codiert. Außerdem soll hier mit den GAS-Skore die globale psychische Beeinträchtigung bei der Untersuchung und zum Zeitpunkt der Tat eingeschätzt werden. Die habituellen Persönlichkeitsmerkmale werden in Form einer Eigenschaftensliste festgehalten: 53 Merkmale, inhaltlich nicht geordnet, sind mit einer vierstufigen Schätzskala (nicht, leicht, mittel, schwer vorhanden) einzustufen.

4. Spezieller Forensischer Teil

Im ersten Abschnitt "Kriminelle Vorgeschichte" wird die bisherige Deliquenz festgehalten. Es sind Fragen zu disziplinarischen Schwierigkeiten in der Kindheit, zum Erstdelikt, zu Art und Häufigkeit bisheriger krimineller Handlungen und zu den Vorstrafen enthalten. Im nächsten Abschnitt soll der Einfluß von Alkohol und Drogen bei den jetzigen und früheren Taten möglichst genau erfaßt werden. Außerdem soll der wichtigste, zur Entstehung des Tatmotivs führende Konfliktort aus der Sicht des Arztes und des Probanden dokumentiert werden.

Der Abschnitt "Tatmerkmale" gliedert sich in zwei Bereiche: Im ersten sind zwölf allgemeine Tatmerkmale zweistufig auf Vorhanden- oder Nichtvorhandensein zu codieren, im zweiten Teil sind sieben Merkmale, die für eine Affekttat sprechen können, vierstufig nach ihrer Ausprägung einzuschätzen. Im Abschnitt "Psychosoziale Auswirkungen" wird mit einer vierstufigen Schätzskala versucht, das Ausmaß der Störung des Persönlichkeitsgefüges differenziert abzubilden. Im folgenden Abschnitt wird der aus retrospektiver Sicht geschätzte psychische und körperliche Befund zum Tatzeitpunkt festgehalten. Für die Symptomgruppen - nicht für die Einzelsymptome - des AMDP-Systems sind der Ausprägungsgrad und der Einfluß auf die Tat anzugeben.

Der Schlußteil des FPDS enthält die forensisch-psychiatrische Beurteilung. Hier sollen die forensisch relevanten

Diagnosen den Gesetzesmerkmalen zugeordnet, die Gewichtung der konstellativen Faktoren aufgezeigt und die Beurteilung von Einsichts-, Steuerungs- und Schuldfähigkeit dokumentiert werden. Ergänzend werden Aussagen zu Maßnahmen, Prognose und Therapie festgehalten.

4. Möglichkeiten und Perspektiven durch das FPDS

Das FPDS ist als ein begleitendes standardisiertes Dokumentationssystem gedacht. Das individuelle Gutachten soll keinesfalls durch ein standardisiertes System ersetzt werden. Es ist ein paralleles, idiographisches und nomothetisches Vorgehen angestrebt. Geht man von dieser Voraussetzung aus, so ergeben sich einige Perspektiven und Möglichkeiten für eine standardisierte Begleitdokumentation. Im folgenden sollen diese Perspektiven unter Berücksichtigung der spezifisch forensischen Probleme aufgezeigt und diskutiert werden.

4.1. Vermeidung der typischen Fehlerquellen

Eine Beurteilung wird z.B. durch die Erwartungseinstellung des Untersuchers (Rosenthal-Effekt) oder durch einen ersten Gesamteindruck (Halo-Effekt) bleibend beeinflusst. Das Ergebnis einer Untersuchung kann auch dadurch fehlerhaft sein, daß nur solche Detailbeobachtungen registriert werden, die in den Rahmen eines vorgegebenen theoretischen Konzeptes passen.

Bei der Anwendung von standardisierten Systemen ist durch die Unabhängigkeit des Untersuchungsinstruments von einem konkreten Einzelfall die Gefahr der Abhängigkeit von Erwartungseinstellung und dem ersten Gesamteindruck sicher abgemildert, wenn auch vielleicht nicht aufgehoben. Die Ausblendung unpassender oder scheinbar unwichtiger Daten

ist durch den Zwang zur Beantwortung der immer wieder gleichen Frageliste erheblich erschwert.

Mehr noch als für diese, dem Untersucher nicht bewußten - und für den Adressaten des Gutachtens schwer zu erkennen - "subjektiven" Fehler, kann ein standardisiertes Verfahren zur Vermeidung der "objektiven" Fehler beitragen, die von Heinz (1982) und Venzlaff (1983) festgestellt wurden: Unvollständige bzw. fehlende Anamneseerhebung, unvollständiger bzw. fehlender psychischer und körperlich-neurologischer Befund. Ein solches "Vergessen" oder eine Nichtaufzeichnung des Befundes und der Anamnese ist bei Anwendung eines standardisierten Verfahrens schwer vorstellbar. Fahrlässige Unvollständigkeit von Befund und Anamnese ist weitgehend erschwert, da die Dokumentation die Vollständigkeit der Beantwortung der Fragen verlangt.

Zusammenfassend kann in Übereinstimmung mit Mende und Bürke (1986) gesagt werden, daß standardisierte Dokumentationen gut geeignet sind, methodische Mängel in der Begutachtung weitgehend zu beseitigen und die noch große Beurteilungsvarianz abzubauen.

4.2. Lehrmittel bei der Ausbildung angehender Gutachter

"So lange es nicht (...) auch zu einer standardisierten Ausbildung in forensischer Psychiatrie kommt, wird wahrscheinlich auch eine Qualitätsanhebung nicht zu erwarten sein" ist der resümierende Schlußsatz einer Arbeit von Venzlaff (1983) über Fehler und Irrtümer in psychiatrischen Gutachten. Ein psychopathometrisches Dokumentationssystem kann einen ersten Schritt zu einer standardisierten Ausbildung darstellen, mit ihm kann Gutachtenserstellung durch Verwendung als Lehrmittel einfacher l e h r b a r gemacht werden. Der wichtigste Vorzug dabei ist, daß mit der Verwendung standardisierter Verfahren in der Ausbildung Gutachtenserstellung mit geringerem

Zeitaufwand trainierbar wird und der Fortschritt des Auszubildenden überprüfbar wird.

Die bisherige Weiterbildung in der forensischen Psychiatrie läuft meist in der Form ab, daß nach einer theoretischen Einführung die speziellen Besonderheiten eines Falles besprochen werden. Es ist zu vermuten, daß bei diesem Vorgehen nur schwer ein übergreifendes Konzept zur Erfassung der für Kliniker besonders schwierigen Grenzprobleme der forensischen Aufgabenstellung entsteht. Der Anfänger kommt dann bei den in der Forensik meist sehr unterschiedlich gelagerten Fällen oft in Schwierigkeiten.

Die Besprechung eines standardisierten Dokumentationssystems, das eine Zusammenstellung der wichtigsten Merkmale der Begutachtungsaufgabe repräsentiert, bringt fast automatisch eine Strukturierung und Gewichtung unabhängig von einem Einzelfall. Die Abgrenzung der Merkmalsdefinitionen schult neben der Begrifflichkeit auch quantifizierendes Denken. Ein folgendes gemeinsames Training an Fallbeispielen, das die Teilnehmer aus einer passiven in eine aktive Rolle bringt, könnte durch den Vergleich der einzelnen Ratings die Beurteilerschärfe und -übereinstimmung fördern. Der Fort- oder Nichtfortschritt der Auszubildenden ist jederzeit festzustellen, der Ausbildungsleiter kann die unklaren Punkte leichter erkennen. Unter diesen Aspekten könnte das FPDS - einschließlich eines zu entwickelnden Manuals - zu einem Bestandteil einer zukünftigen standardisierten Ausbildung von forensischen Psychiatern werden.

4.3. Kommunikation mit den Juristen

4.3.1. Terminologische Brücke

Spezifische Probleme ergeben sich für die forensische Psychiatrie durch ihre Ansiedlung an der Nahtstelle zwischen einer vorwiegend empirisch-naturwissenschaftlichen und einer gesellschaftspolitisch normabhängigen Disziplin und den sich daraus ergebenden verschiedenen

wissenschaftlichen Sichtweisen. Der Jurist Kaufmann (1985) sieht bei der Problematik des Richter-Sachverständigen-Verhältnisses heute die kommunikations- und sprachtheoretischen Aspekte als die dringlichsten an. Die Aufgabe der Forensischen Psychiatrie ist dadurch erschwert, daß Begriffe aus der Psychiatrie häufig und schnell in die Umgangssprache Eingang finden, dort aber simplifizierend, oft sogar mit einer abwertenden Intention, gebraucht werden. Schüler-Springorum (1986) sieht auch bei Juristen "die Gefahr, mit bestimmten fachlich besetzten Begriffen der Psychowissenschaften (z.B. "Wahn") ihre eigenen alltagstheoretischen Inhalte zu verbinden". Andererseits werden auch in der Psychiatrie selbst durch unterschiedlichen Denksätze der einzelnen psychopathologischen Schulen ein- und dieselben Begriffe oft mit sehr verschiedenen Inhalt verwendet. Die Verständigung zwischen Richter und Gutachter ist aber "weitgehend ein Problem der sprachlichen Übersetzung" (Kaufmann 1985). Bei Anwendung einer standardisierten Begleitdokumentation wird dem Juristen mit einem Begleitmanual eine exakte und einheitliche Definition an die Hand gegeben, es wird eine terminologische Brücke zu den Juristen errichtet. Diese Ansicht wird durch Ehrhardt (1984) gestützt, der eine Überwindung der terminologischen Verständnisschwierigkeiten - außer im intensiven interdisziplinären Gespräch - in der Anwendung von psychopathometrischen Verfahren wie PSE- und AMDP-Systemen sieht.

4.3.2. Bessere Beurteilungsmöglichkeit für den Juristen

Das Gesetz weist dem Richter die Aufgabe der Entscheidung über die "Richtigkeit" eines Gutachtens zu. In der Praxis fühlen sich aber viele Juristen von dieser Aufgabe überfordert (Schreiber 1986). Die vielfache Verwendung des Begriffes "Richter in Weiß" kann als sicheres Indiz für eine allgemeine Einschätzung gelten, daß richterliche Kompetenz auf den dazu nicht befugten Arzt überzugehen droht (Lenckner 1972, Kaufmann 1985). Wenn

die Beurteilung einer wissenschaftlichen Arbeit durch einen Fachfremden ohnehin schon als problematisch anzusehen ist, so wird diese Schwierigkeit durch die Natur des idiographischen Gutachtens, nämlich die Verführung zur individualistischen Sichtweise eines Falles, noch verstärkt. Eine standardisierte Begleitdokumentation aber zwingt den Psychiater zur Einordnung in ein von der singulären Sicht unabhängiges Beurteilungsschema. Damit ermöglicht es dem Juristen einen einfacheren Vergleich mit anderen Fällen und damit auch die Erarbeitung von Beurteilungskriterien. Das Gutachten wird für den Juristen transparent, er kann die Entscheidungsstrategie des psychiatrischen Sachverständigen vom Symptom zur Diagnose, von der Diagnose zur Schuldfähigkeitsbeurteilung leichter nachvollziehen und damit fundierter einschätzen.

4.4. Forensisch-psychiatrische Forschung

Im "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" der Enquête-Kommission (1975) wurde beklagt, daß es an fundierten Forschungsergebnissen in der Forensischen Psychiatrie fehle. Im gleichen Jahr stellte eine Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation fest, daß sich das wissenschaftliche Niveau der Forschung in der Forensischen Psychiatrie in einem frühen Stadium der Entwicklung befinde. Acht Jahre später konnte Förster (1983) in seiner Arbeit "Die Forensische Psychiatrie an den Universitäten in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in der Schweiz" keine grundlegende Änderung dieser Situation feststellen. Hier soll nun aufgezeigt werden, welchen Beitrag eine standardisierte Begleitdokumentation wie das FPDS zur Überwindung des Defizits an forensisch-psychiatrischer Forschung leisten kann, insbesondere im Bereich der empirisch fundierten Grundlagenforschung.

4.4.1. Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen ohne zusätzlichen Forschungsaufwand

An mehreren Beispielen weisen Möller u.a. (1983) nach, daß allein auf der Grundlage der Daten einer routinemäßig durchgeführten Basis- und Befunddokumentation wissenschaftlich relevante Fragestellungen ohne weiteren Forschungsaufwand beantwortet werden können. Förster (1983) sieht die Situation der Forensischen Psychiatrie dadurch gekennzeichnet, daß auf der einen Seite ständig steigende Anforderungen seitens der Justiz an die Tätigkeit der psychiatrischen Sachverständigen festzustellen sind, andererseits nur eine geringe Anzahl von Psychiatern vorhanden sind, die diese Begutachtungen übernehmen können. Aus der Kombination der Feststellungen von Möller und Förster erschließt sich die Bedeutung einer standardisierten Begleitdokumentation in der Forensischen Psychiatrie.

Dabei ist besonders der von Möller u.a. (1983) festgestellte Vorteil einer Routinedokumentation gegenüber einer unter speziellen wissenschaftlichen Fragestellung durchgeführten Dokumentation hervorzuheben: Der Phänomenbereich und die Wahrnehmung des Phänomenbereichs wird nicht durch gezielte Fragestellung und Erwartungshaltung verändert.

Aber auch für spezielle Forschungsprojekte, deren Fragestellungen nicht allein aus der Routinedokumentation zu beantworten sind, wird durch die in der Routinedokumentation festgehaltenen Daten der Forschungsaufwand erheblich reduziert.

4.4.2. Erleichterung der Zusammenarbeit der forensisch-psychiatrischen Forschungsinstitute

Ein besonderes Problem der forensisch-psychiatrischen Forschung stellen für eine empirische Grundlagenforschung, die zu statistisch abgesicherten Aussagen kommen will, die meist zu geringen Fallzahlen dar. In den einzelnen Instituten können für spezifische Fragestellungen (z.B. Mitnahmesuizid, Vtermord usw.) häufig nur

kasuistische Beiträge geliefert werden. Einen Ausweg hierfür bietet sich nur in einer verstärkten Zusammenarbeit der verschiedenen forensischen Abteilungen und einen damit einhergehenden Austausch von Gutachtensmaterial an. Dieser Austausch ist oft erheblich erschwert. Bei gemeinsamer Verwendung einer standardisierten Routinedokumentation ist der technische Aufwand beim Austausch von Gutachten reduziert.

Das FPDS wird anonym ausgewertet, dagegen enthalten die Gutachten eine Vielzahl von Orts- und Namensnennungen. Damit entfallen datenschutzrechtliche Hinderungsgründe für den Austausch von Forschungsmaterial zwischen den Instituten.

Es kann daher erwartet werden, daß standardisierte Routinedokumentationen die wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen den forensisch-psychiatrischen Instituten erheblich erleichtern und damit eine bessere Basis für eine umfassende empirische Grundlagenforschung in der Forensischen Psychiatrie schaffen wird.

5. AUSBLICK

Das vorgelegte Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem FPDS ist als eine erste Arbeitsgrundlage zu verstehen, die einer Weiterentwicklung bedarf. Als nächste Schritte sollten eine prospektive Anwendung als Begleitdokumentation bei der idiographischen Begutachtung und eine Überprüfung der Gütekriterien - insbesondere Objektivität und Interraterreliabilität - erfolgen. Dazu ist für den forensischen Teil des FPDS die Erstellung eines Manuals erforderlich, in dem - entsprechend dem AMDP-Manual - Merkmalsdefinitionen und Zuordnungsregeln festgeschrieben werden.

Entscheidend für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des FPDS ist die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, z.B. in Form eines Arbeitskreises. Erst wenn verschiedene Institutionen ihre

Erfahrungen in ein solches System einbringen, kann eine Vergleichbarkeit der Maßstäbe bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung Realität werden. Die empirisch-wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung würde auf eine breitere Basis gestellt, die mit dem FPDS erarbeiteten Ergebnisse wären generalisierbar.

Eine wissenschaftliche Mitarbeit von Sachverständigen aus den angrenzenden Gebieten, z.B. der Rechtswissenschaften, der Kriminologie und der Soziologie könnte für die Weiterentwicklung des FPDS von Vorteil sein. Zusammengefaßt bedeutet das, daß die Fortentwicklung des FPDS in interinstitutioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen sollte.

Es bleibt zu hoffen, daß dieser Ansatz einer quantitativen Erfassung der forensisch-psychiatrischen Begutachtung eine Fortsetzung findet.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Untersuchung war es, ein standardisiertes forensisch-psychiatrisches Dokumentationssystem zu entwickeln, das eine quantitative Erfassung der tatspezifischen, anamnестischen und psychopathologischen Daten bei der psychiatrischen Schuldfähigkeitsbeurteilung ermöglicht. Dazu wurde, vom klinischen AMDP-System ausgehend, eine vorläufige Form des Dokumentationssystems konstruiert. Mit dieser vorläufigen Form (siehe Anhang 1) wurden 250 bereits abgeschlossene Gutachten, die zur Schuldfähigkeit von Aggressionstätern Stellung nehmen, ausgewertet.

Zunächst wurde die untersuchte Stichprobe entsprechend der Schuldfähigkeitsaussage des Gutachtens in drei Gruppen aufgeteilt: Schuldfähige ($n = 69$), vermindert Schuldfähige ($n = 144$) und Schuldunfähige ($n = 37$). Anschließend wurde die Verteilung der einzelnen Merkmale des Dokumentationssystems auf die drei Schuldfähigkeitsgruppen überprüft. Dabei stellten sich verschiedene Merkmale als wesentlich für die Schuldfähigkeitsbeurteilung heraus.

Schuldfähige Personen waren vorwiegend durch deliktspezifische Merkmale (z.B. Raub, Gemeinschaftstat), jugendliches Alter, häufige Vordelikte und hysterische Persönlichkeitsmerkmale gekennzeichnet.

Für verminderte Schuldfähigkeit sprach insbesondere eine Alkoholisierung bei der Tat, daneben waren folgende Merkmale besonders häufig festzustellen: Opfer ist ein Sexual- oder Ehepartner, früherer Heimaufenthalt, Schädel-Hirn-Trauma in der Vergangenheit, asthenische Persönlichkeitsmerkmale, pathologischer EEG- oder Röntgenbefund.

Die schuldunfähigen Probanden unterschieden sich vorwiegend durch ihre ausgeprägte psychopathologische Symptomatik von den anderen beiden Gruppen. Außerdem waren bei den schuldunfähigen Probanden folgende Merkmale besonders oft anzutreffen: Opfer ist ein Verwandter, höheres Alter, statomotorische - oder Sprachverzögerungen im Kleinkindesalter, Suizid im Jahr vor der Tat.

Wo immer es möglich war, wurde die eigene Untersuchung mit Angaben des Schrifttums (insbesondere Bochnik u.a. 1965, Böker und Häfner 1973, Göppinger 1983) verglichen.

Aufgrund der Ergebnisse und der Anwendungserfahrungen wurde das vorläufige Dokumentationssystem überarbeitet und ein Vorschlag für ein Forensisch-Psychiatrisches Dokumentationssystem, abgekürzt FPDS, vorgelegt (siehe Anhang 2). Das FPDS besteht aus vier Teilen (Aktenlage, AMDP-System, Ergänzende anamnestiche und klinische Daten, Spezieller Forensischer Teil). Es umfaßt 512 Items und ist, der Einteilung Mombours (1972) folgend, ein "Untersuchungsinstrument vom Fremdbeurteilungstyp (Arzt) mit Schätzskaalen mit freier Exploration, das Teil eines größeren Dokumentationssystems ist".

Abschließend wurden die Möglichkeiten und Perspektiven des FPDS für die Begutachtungspraxis, für die Ausbildung der forensischen Psychiater, für die Kommunikation mit den Juristen und für die Forschung diskutiert.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie): Das AMDP-System. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1981)
2. APA (American Psychiatric Association): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM III. Deutsche Bearbeitung von K. Köhler und H. Saß. Beltz, Weinheim, Basel (1984)
3. Athen D.: Syndrome der akuten Alkoholintoxikation und ihre forensische Bedeutung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1986)
4. Baumann U., Woggon B.: Interrater-Reliabilität bei Diagnosen, AMP-Syndromen und AMP-Symptomen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 227, 3-15 (1979)
5. Bayerisches Landeskriminalamt: Polizeiliche Kriminalstatistik für den Freistaat Bayern 1984
6. Becker G., Gros M.: Mord- und Totschlagsdelikte in Berlin-West 1967 bis 1976. In: Berliner Statistik 8, Statistisches Landesamt. Kulturbuch, Berlin (1980)
7. Binder S.: Zur Diagnostik des schuldausschließenden bzw. schuldvermindernden Affekts bei kurzschlüssigen Tötungsdelikten. MSchrKrim 57, 159-164 (1974)
8. Bochnik H.J., Legewie H., Otto P., Wüster G.: Tat, Täter, Zurechnungsfähigkeit. Enke, Stuttgart (1965)
9. Böker W., Häfner H.: Gewalttaten Geistesgestörter. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1973)

10. Bresser P.H.: Probleme bei der Schuldfähigkeits- und Schuldbeurteilung. NJW 1978, S. 1188 ff (1978)
11. Brökling E.: Frauenkriminalität. Enke, Stuttgart (1980)
12. Brückner G.: Zur Kriminologie des Mordes. Verlag Kriminalistik, Hamburg (1961)
13. Busch H., Cranach M., Gulbinat W., Renfordt E., Tegeler J.: Reliability of the AMDP-System Acta psychiat. scand. 62, 382-392 (1980)
14. Ciompi L., Lobrinus A., Müller C.: Basisdokumentation in der Gerontopsychiatrie: Das "AGP-System". Janssen Symposien 13. Düsseldorf, Janssen (1973)
15. Degkwitz R., Helmchen H., Kockott G., Mombour W.: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikationen der Krankheiten der WHO, ICD (= Intern. Classification of diseases) 9. Rev., V. Kap. Springer Berlin, Heidelberg, New York (1980)
16. Dixon W.J., Brown M.B., Engelman L., Frane J.W., Hill M.A., Jennrich R.I.: BMDP Statistical Software. 1985 Printing. University of California Press, Berkeley, Los Angeles (1985)
17. Dudenredaktion: Sinn- und sachverwandte Wörter. Bibliographisches Institut, Mannheim, Wien, Zürich (1982)
18. Ehlers A., Lamott F., Mende M., Weber J.: 15. Interdisziplinäres Symposium über "Aspekte der forensischen Prognosebeurteilung" von 8. bis 9.6.1985 in München. M SchrKrim 68, 249-251 (1985)
19. Ehrhardt, H.E.: Zur Problematik von Terminologie und Klassifikation in der forensischen Psychiatrie. Forensia 5, 35-41 (1984)

20. Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J.: The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch. Gen. Psychiatry, 33, 766-771 (1976)
21. Farina, A., Arenberg D., Guskin S.: A scale for measuring minimal social behavior. J. cons. Psychol. 21, 265-268 (1957)
22. Förster K.: Die Forensische Psychiatrie an den Universitäten in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in der Schweiz. Forensia 4, 73-79 (1983)
23. Foerster K.: Die Bedeutung von Lehre und Forschung für die forensische Psychiatrie. In Pohlmeier u.a. (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute. Springer, Berlin, Heidelberg (1986)
24. Gebhardt R., Helmchen H.: Zur Zuverlässigkeit psychopathologischer Symptomerfassung. Die Übereinstimmung mehrerer Beurteiler im AMP-System. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 112, 459-469 (1973)
25. Gebhardt R., Pietzcker A., Strauss A., Stoeckel M., Langer C., Freudenthal K.: Skalenbildung im AMDP-System. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 233, 223-245 (1983)
26. Gillies H.: Homocide in the west of Scotland. Br. J. Psychiatry 128, 105-127 (1976)
27. Glatzel J.: Forensische Psychiatrie. Enke, Stuttgart (1985)
28. Göppinger H.: Der Täter in seinen sozialen Bezügen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (1983)
29. Gunn J.: Forensic psychiatry as a subspeciality. Int. J. Law Psychiatry 5: 65-79 (1982)

30. Hamilton M.: A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 23, 56-62 (1960)
31. Heinz G.: Fehlerquellen forensisch-psychiatrischer Gutachten. Kriminalistik Verlag, Heidelberg (1982)
32. Hippius H.: Dokumentationssysteme in der psychiatrischen Klinik und ihre Bedeutung für die Forschung. Bull. d. Schweiz. Akademie d. Medizin. Wissenschaften 20, 160-176 (1970)
33. Janke W.: Psychodiagnostische Methoden in der Human-Psychopharmakologie. Privatdruck der Sandoz AG, Nürnberg (1977)
34. Kaufmann A.: Das Problem der Abhängigkeit des Strafrichters vom medizinischen Sachverständigen. Juristenzeitung 23: 1065-1072 (1985)
35. Kendell R.E.: Die Diagnose in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart (1978)
36. Klose F.W.: Vergleichende Untersuchungen zu psychiatrischen Voraussetzungen der Schuldfähigkeit. Med. Diss. Erlangen (1982)
37. Kraepelin E.: Die Erforschung psychischer Krankheitsformen. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 51, 224-246 (1919)
38. Lackner K.: Kommentar zum Strafgesetzbuch. 15. Aufl. München (1983)
39. Langelüddecke A., Bresser P.H.: Gerichtliche Psychiatrie. De Gruyter, Berlin, New York, 4. Aufl. (1976)
40. Lenckner Th.: Strafe, Schuld und Schuldfähigkeit. In Göppinger, Witter (Hrsg.): Handbuch der forensischen Psychiatrie. Bd. I. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1972)

41. Leonhard K.: Akzentuierte Persönlichkeiten. G. Fischer, Stuttgart, New York, 2. Aufl. (1976)
42. Lienert G.A.: Testaufbau und Testanalyse. Beltz, Weinheim, 2. Aufl. (1967)
43. Lorr M., Klett C.J., Mc Nair D.M., Lasky J.J.: Inpatient multidimensional psychiatric scale. Consulting Psychologist Press, Palo Alto Calif (1963)
44. Maisch H.: Diagnostische Urteilsbildung zur Einschätzung psychischer Störungen und ihre Auswirkungen für forensische Zwecke. Grundlagenprobleme, Suchrichtungen, Annäherungsstrategien. MSchrKrim 66, 343-354 (1983)
45. Mann A.H., Jenkins R., Cutting I.C., Cowen P.I.: The development and use of a standardized assessment of abnormal personality. Psychol. Med. 11, 839-847 (1981)
46. Mende W.: Die "tiefgreifende Bewußtseinsstörung" in der forensisch-psychiatrischen Diagnostik. In: Kaufmann A. u.a. (Hrsg.) Festschrift für Paul Bockelmann. Beck, München (1979)
47. Mende W.: Zur Frage der Quantifizierung in der Forensischen Psychiatrie. MSchrKrim 66, 328-333 (1983)
48. Mende W.: Schuldfähigkeit. In: Battegay u.a. (Hrsg.) Handwörterbuch der Psychiatrie. Enke, Stuttgart (1984)
49. Mende W., Bürke H.: Fehlerquellen bei der nervenärztlichen Begutachtung. Forensia 1, 143-153 (1986)
50. Mende W., Mende M.: Forensische Aspekte intrafamiliärer Kommunikationsstörungen - Tötungsdelikte in der Kernfamilie. In H. Pohlmeier u.a. (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute. Springer, Berlin, Heidelberg (1986)

51. Möller H.J., v. Zerssen D.: Psychopathometrische Verfahren. I.Allgemeiner Teil. Nervenarzt 53, 493-503 (1982)
52. Möller H.J., v. Zerssen D.: Psychopathometrische Verfahren. II. Standardisierte Beurteilungsverfahren. Nervenarzt 54, 1-16 (1983)
53. Möller H.J., Barthelmes H., v. Zerssen D.: Forschungsmöglichkeiten auf der Grundlage einer routinemaßig durchgeführten psychiatrischen Basis- und Befunddokumentation. Psychiatria clin. 16, 45-61 (1983)
54. Mombour W.: Verfahren zur Standardisierung des psychopathologischen Befundes. Teil 1. Psychiat. clin. 5, 73-120 (1972)
55. Mombour W.: Verfahren zur Standardisierung des psychopathologischen Befundes. Teil 2. Psychiat. clin. 5, 137-157 (1972)
56. Mombour W.: Syndrome bei psychiatrischen Erkrankungen. Eine vergleichende Untersuchung mit Hilfe von zwei Schätzskalen für den psychopathologischen Befund (IMPS und AMP-Skala). Arch. Psychiat. Nervenkrk 219, 331-350 (1974)
57. Monahan J.: The prediction of violence. In: D. Chappell und I. Monahan (Hrsg.): Violence and criminal justic. Lexington Books, Lexington, Ma. (1975)
58. Mowat R.R.: Morbid jealousy and murder. London. Tavistock Publ. (1966)
59. Moyer, K.E.: Kinds of aggression and their physiological basis. Communic. Behav. Biol. (A) 2, 65-87 (1968)
60. Näcke P.: Über den Wert der sogenannten Kurvenpsychiatrie. Allg. Z. Psychiat. 61, 280-295 (1904)

61. Nedopil N.: Quantifizierende Dokumentation im Bereich der forensischen Psychiatrie. Vortrag bei der Jahrestagung des kriminologischen Forschungsinstituts (KFN), Hannover, Dezember 1985 (1985)
62. Overall J.E., Gorham D.R.: The Brief psychiatric rating scale. Psychol. Rep. 10, 799-812 (1962)
63. Petrilowitsch N.: Abnorme Persönlichkeiten. Karger, Basel, New York, 3. Aufl. (1966)
64. Pfäfflin F.: Vorurteilsstruktur und Ideologie psychiatrischer Gutachten über Sexualstraftäter. Enke, Stuttgart (1978)
65. Pietzcker A., Gebhardt R., Freudenthal K., Langer C.: Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von psychopathologischen Symptomen bei schwierigen Differenzialdiagnosen. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 230, 141-157 (1981)
66. Rasch W.: Tötung des Intimpartners. Beitr. Sex. Forsch. H. 31. Enke, Stuttgart (1964)
67. Rasch W.: Tötungsdelikte, nicht fahrlässige. In R. Sieverts und H.J. Schneider (Hrsg.): Handwörterbuch der Kriminologie, Bd. III. De Gruyter, Berlin (1975)
68. Rasch W.: Die psychologissch-psychiatrische Beurteilung von Affektdelikten. NJW 24, 1309-1315 (1980)
69. Rasch W.: Forensische Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz (1986)
70. Rasch W., Volbert R.: Ist der Damm gebrochen? Zur Entwicklung der Anwendung der §§ 20,21 StGB seit dem 1.1.75. MschrKrim 68, 137-148 (1985)
71. Ritzel G.: Forensisch-psychiatrische Beurteilung der Affekttat. Münch. med. Wschr. 122, Nr. 17 (1980)

72. Rode I., Scheld S.: Sozialprognose bei Tötungsdelikten. Springer, Berlin, Heidelberg (1986)
73. Rösler M., Bellaire W., Hengesach G.: Die Anwendung des AMDP-Systems in der forensischen Psychiatrie. Psycho 12: 408-409 (1986)
74. Saß H.: Affektdelikte. Nervenarzt 54, 557-572 (1983)
75. Saß H.: Die "tiefgreifende Bewußtseinstörung" gemäß den §§ 20,21 StGB - eine problematische Kategorie aus forensisch-psychiatrischer Sicht. Forensia 4, 3-23 (1983)
76. Saß H.: Ein psychopathologisches Referenzsystem für die Beurteilung der Schuldfähigkeit. Forensia 6, 33-43 (1985)
77. Saß H.: Zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. Nervenarzt 57, 193-203 (1986)
78. Schneider K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Thieme, Leipzig (1923)
79. Schneider K.: Protokolle der Unterkommission der Großen Strafrechtskommission, 15.1.1960
80. Schorsch E.: Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In Venzlaff U. (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung. Gustav Fischer, Stuttgart, New York (1986)
81. Schöch H.: Die Beurteilung von Schweregraden schuld mindernder und schuldausschließender Persönlichkeitsstörung aus juristischer Sicht. MSchrKrim 66, 353-343 (1983)
82. Schreiber H.L.: Bedeutung und Auswirkungen der neugefaßten Bestimmungen über die Schuldfähigkeit. NSTZ 1 S. 46 - 51 (1981)
83. Schreiber H.L.: Diskussionsbeitrag beim 13. Interdisziplinären Symposium in Kiel 1983. MSchrKrim 66: 355-356 (1983)

84. Schreiber H.L.: Grundlagen der psychiatrischen Beurteilung im Strafverfahren. In Venzlaff U. (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung. Gustav Fischer, Stuttgart, New York (1986)
85. Schüler-Springorum H.: "Benzin nach Metern?" Schuldminde-
rung, Schuldausschluß und das Problem der Quantifizie-
rung. In H. Pohlmeier u.a. (Hrsg.): Forensische Psy-
chiatrie heute. Springer, Berlin, Heidelberg (1986)
86. Seyffert H.: Über Verschiedenheiten bei der psychiatrischen
Begutachtung Krimineller. Nervenarzt 22, 194 (1951)
87. Shepherd M, Sartorius N.: Personality disorder and the
International classification of desenses. Psychological
Med. 4, 141-146 (1974)
88. Stäcker K., Wieck H.H.: Das psychopathometrische Verlaufs-
bild bei körperlich begründbaren Psychosen. Arch. Ges.
Psychol., 116, 386-396 (1964)
89. Stemmer-Lück M.: Die Behandlungsindikation bei Straffälli-
gen. Schwartz, Göttingen (1980)
90. Stumpfl, F.: Heridität und Neurose. In: Handbuch der Neu-
rosenlehre und Psychotherapie, Bd. 2. Urban & Schwarzen-
berg, München (1959)
91. Thomae H., Schmidt H.D.: Psychologische Aspekte der Schuld-
fähigkeit. In: Gottschaldt K. u.a. (Hrsg.). Handbuch der
Psychologie Bd. 11, Forensische Psychatrie. Hogrefe, Göt-
tingen (1967)
92. Undeutsch U. (1974) Schuldfähigkeit unter psychologischen
Aspekt. In: Eisen G. (Hrsg.) Handwörterbuch der Rechtsme-
dizin. Enke, Stuttgart (1974)
93. Venzlaff U.: Fehler und Irrtümer in psychiatrischen Gutach-
ten. NStZ 5, 199-203 (1983)

94. Venzlaff U.: Methodische und praktische Probleme der forensisch-psychiatrischen Begutachtung. In Venzlaff U. (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung. Gustav Fischer, Stuttgart, New York (1986)
95. Weber J.: Zur Psychodiagnostik der Täter-Opfer-Beziehung. Kriminalistikverlag, Heidelberg (1978)
96. Wegener H.: Vorüberlegungen zum Tagesthema. M SchrKrim 66, 326-327 (1983)
97. Wlecek H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart, New York (1977)
98. Wing J.K., Cooper J.E, Sartorius N.: Present State Examination (PSE). Medical Research Council. Cambridge University Press (1973)
99. Wittenborn, J.R.: Symptom Patterns in a Group of Mental Hospital Patients. Journal of Consulting Psychol. 15, 290-302 (1951)
100. Wittenborn, J.R.: Manual: Wittenborn Psychiatric Rating Scales. New York: The Psychological Corporation (1955)
101. Woggon B.: Untersuchung zur Validität der übergeordneten AMP-Skalen durch Vergleiche mit der Hamilton Depressionsskala, BPRS und IMPS. Int. Pharmacopsychiat. 14, 338-349 (1979)
102. Woggon B., Baumann U., Angst J.: Interrater-Reliabilität von AMP-Symptomen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 225, 73-85 (1978)
103. Woggon B., Jan B., Meyer H., Meyer P., Schnyder B., Sorck U., Täuber M.: Untersuchung zur Retest-Reliabilität des psychopathologischen Erstbefundes (AMP-System). Int. Pharmacopsychiat. 14, 245-259 (1979)

104. v. Zerssen D.: Psychopathometrische Verfahren und ihre Anwendung in der Psychiatrie. In: Peters U.H. (Hrsg.). Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. X. Kindler, Zürich (1980)

ANHANG 1

BEFUNDERHEBUNG FORENSIK

Name

Vorname

Probandennummer 1111

Codierungsanweisung :

nein, bzw. nicht vorhanden = 0 = Blank

keine Angaben, bzw. unbekannt = 9 bzw. 99 bzw. 999

Abteilung für Forensische Psychiatrie
der Psychiatrischen Klinik der Universität
München, 8 München 2, Nußbaumstr. 7

Kartenart ☐ ☐

Gutachtennummer ☐ ☐ ☐ ☐

Untersuchungsgruppe ☐ ☐

Zeitl. Gutachtenfolgenr. ☐ ☐

Gutachter ☐ ☐

☐ ☐ 1-2

☐ ☐ ☐ ☐ 3-6

☐ ☐ 7

☐ ☐ 8

☐ ☐ ☐ ☐ 9-10

ALLGEMEINER TEIL :

1. Gutachten : retrospektiv ☒ prospektiv ☒

2. Auswerter ☐

3. Gutachten angefordert durch :
 Amtsgericht ☒ Staatsanwaltschaft ☒
 Landgericht ☒ andere ☒

4. Gutachten : ambulant ☒
 stationär ☒
 Dauer der Beobachtung / Tage ☐ ☐

5. Straftat : sicher Verdacht

Mord u. Totschlag	☒	☒
Körperverletzung	☒	☒
Sexualdelikt	☒	☒
Diebstahl	☒	☒
Raub	☒	☒
Btmg	☒	☒
andere	☒	☒

6. Fragestellung :
 §§ 20 / 21 ☒
 §§ 63 / 64 ☒
 § 105 ☒
 § 67 e ☒
 andere ☒

7. Vorgutachten :
 Anzahl : ☐ ☐

sicher ☒ oder Geschätzt ☒

☐ ☐ 11

☐ ☐ 12

☐ ☐ 13

☐ ☐ 14

☐ ☐ ☐ 15-16

☐ ☐ ☐ ☐ 17-18

☐ ☐ ☐ ☐ 19-20

☐ ☐ ☐ ☐ 21-22

☐ ☐ ☐ ☐ 23-24

☐ ☐ ☐ ☐ 25-26

☐ ☐ ☐ ☐ 27-28

☐ ☐ ☐ ☐ 29-30

☐ ☐ ☐ 31

☐ ☐ ☐ ☐ 35

☐ ☐ ☐ ☐ 36-37

☐ ☐ 38

KA. ☐ 02 1-2

dupliziere 3 - 10

OPFER :

5. Anzahl der Opfer

6. Nähe zum Täter :

Alter d. O.

m

f

Mutter

Vater

Geschwister

Kinder

andere Verwandte

Sexualpartner

Freund(e)

Bekannte(r)

Unbekannte(r)

☐ 33-3

			35-37
			41-44
			45-48
			49-52
			53-56
			57-60
			61-64
			65-68
			69-72
			73-76
			77-80
			81-84
			85-88
			89-92
			93-96
			97-100
			101-104
			105-108
			109-112
			113-116
			117-120
			121-124

TÄTER :

7. Einzeltäter
Gemeinschaftstäter

☐ 125

SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN DES PROBANDEN (AMDP)

7a. Alter des Probanden zur Tatzeit :

8. Geschlecht: männlich ①

weiblich ②

9. Geburtsdatum :

11-12
 13
 14-12

10. Familienstand des Probanden :

ledig ①

verheiratet ②

verwitwet ③

getr. leb. ④

geschieden ⑤

20

11. Anzahl der eigenen Kinder

Adoptiv / Pflegekinder

21-22

23

12. Biologische Geschwister

Zwilling

①

Halbgeschwister

②

24-25

26

Stellung in der Geschwisterreihe :

27-28

29-30

13. Alter bei der Heirat

14. Aufgewachsen (bis 15 Jahre)

Großstadt ①

Kleinstadt ②

auf dem Land ③

in wechselnder U. ④

31

15. Muttersprache :

deutsch ①

französisch ②

italienisch ③

and. europ. Sprache ④

außereurop. Spr. ⑤

mehrsprachig ⑥

32

16. Haushalt umfaßt :

Hh. wird finanziert durch :

Proband ①

(Ehe)partner ②

Geschwister ③

Vater ④

Mutter ⑤

Kinder ⑥

andere ⑦

Proband ②

(Ehe)partner ③

Geschwister ④

Vater ⑤

Mutter ⑥

Kinder ⑦

andere ⑧

33 40
39 46

17. Anzahl der Personen im Haushalt :

47-48

18. Anzahl der Zimmer im Haushalt :

49-50

19. Schulbildung : mit Abschl. ohne Abschl. in Ausbildung

Hilfs-/Sonderschule	①	②	③
Volksschule	①	②	③
Mittelschule	①	②	③
Gymnasium	①	②	③

51
52
53
54

20. Berufsausbildung :

Lehre	①	②	③
Fachschule	①	②	③
Hochschule	①	②	③
andere	①	②	③

55
56
57
58-59

21. Berufliche Stellung :

Hausfrau	01	Hausfrau m. Nebentät.	07
freischaffend/selbstst.	02	selbstst. Unternehmer	08
ltd. Beamter	03	Beamter	10
ltd. Angestellter	04	Angestellter	11
qual. Facharbeiter	05	gewöhnlicher Facharb.	12
Arbeiter	06	anderes	13
nicht zutreffend	00	keine Angaben	99

60-61

22. Relation zum Beruf :

im erlernten Beruf tätig	①	ohne Arbeit	③
nicht im erl. Beruf tätig	②	arbeitslos gemeldet	④

62

23. Ruhestand :

vorzeitig	①	altersentsprechend	③
		mit Nebentätigkeit	④

63

24. Berufsssektor : privater S.

Land / Forst	01	öffentlicher Sektor	②
Industrie	02	Transport u. Verkehr	05
Handwerk	03	Handel	06
Militär	04	Bank/Versicherung	07
anderes		Forschung / Lehre	08
			10

64
65
66

25. Wohnsitz :

Mietwohnung	①	eigenes Haus/	④
Gemeinschaftsunterk. / WG	②	eigene Wohnung	
ohne festen Wohnsitz	③		
anderes			⑤

67-68

26. Gesamthaushalts Nettoeinkünfte / Monat

--

69
70-74

27. Jetzige Konfession / weltanschauliche Bindung :

- | | | | |
|-----------------|---|-------------------|---|
| protestantisch | ① | islamisch | ④ |
| römisch-kathol. | ② | and. rel. Bindung | ⑤ |
| jüdisch | ③ | mehrere Bindungen | ⑥ |
| konvertiert | | | ① |

☐ 75

☐ 76

28. Intensität der Konfession / weltanschaulichen Bindung :

- | | | | |
|---------|---|--------|---|
| keine | ① | mittel | ② |
| schwach | ① | stark | ③ |

☐ 77

PSYCHOPATHOLOGIE DES PROBANDEN : (AMDP)

29. Vermutete krankheitsfördernde Einflüsse :

Codierungsanweisung : keine Aussage = 9 3 - 12 Monate = 2 Bitte in
 nicht zutreffend = 0 ≥ 12 Monate = 3 die felder
 3 Monate = 1 weiß nicht = 4 eintragen!

	Prob.	Arzt		Prob.	Arzt
Liebe	☐	☐	chron.körp.Leiden	☐	☐
Sexualität	☐	☐	Beruf	☐	☐
Ehe/Partnerschaft	☐	☐	Schule/Studium	☐	☐
Familie	☐	☐	öffentl.Institut.	☐	☐
Finanzen	☐	☐	soziale Mobilität	☐	☐
psych.Beeintr.	☐	☐	Vereinsamung	☐	☐
körp. Beeintr.	☐	☐			

73 - 79

92 - 93

90 - 91

102-103

KA 04 1-2

Veränderung der Lebenssituation bis zum Zeitpunkt der Tat :

dupliziere 3 - 10

Codierungsanweisung : 0 = nein 1 = einmal
9 = unbekannt/ 2 = mehrfach
k.A.

0 < 5J. 5 < 15J. 15 < 25J.

25 < 45J. 45 < 60J. ≥ 60J.

☐	☐	☐	Tod Vater	☐	☐	☐	☐	☐	11-1
☐	☐	☐	Tod Mutter	☐	☐	☐	☐	☐	17-2
☐	☐	☐	Trennung von Eltern 1 Jahr	☐	☐	☐	☐	☐	23-2
☐	☐	☐	Trennung Scheidung der Eltern 1 Jahr	☐	☐	☐	☐	☐	29-3
☐	☐	☐	Heimaufenthalt (Heim) 1 Jahr	☐	☐	☐	☐	☐	35-4
☐	☐	☐	Heirat(Proband)	☐	☐	☐	☐	☐	41-4
☐	☐	☐	Trennung (1 Jahr) Scheidung d.She	☐	☐	☐	☐	☐	47-5
☐	☐	☐	Tod (Ehe)partner	☐	☐	☐	☐	☐	53-5
☐	☐	☐	neue Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐	59-6
☐	☐	☐	Geburt von Kindern	☐	☐	☐	☐	☐	65-7
☐	☐	☐	Heirat von Kindern	☐	☐	☐	☐	☐	71-7
☐	☐	☐	Tod von Kindern	☐	☐	☐	☐	☐	77-8
☐	☐	☐	Schul Ausbildung abgebrochen	☐	☐	☐	☐	☐	83-8
☐	☐	☐	Schul Ausbildung unterbrochen	☐	☐	☐	☐	☐	89-9
☐	☐	☐	Berufsausbildung abgebrochen	☐	☐	☐	☐	☐	95-1
☐	☐	☐	Berufsausbildung unterbrochen	☐	☐	☐	☐	☐	101-
☐	☐	☐	Arbeitsplatzwechsel	☐	☐	☐	☐	☐	107-
☐	☐	☐	Verlust des Arbeitsplatzes	☐	☐	☐	☐	☐	113-
☐	☐	☐	beruflicher Aufstieg	☐	☐	☐	☐	☐	119-
☐	☐	☐	beruflicher Abstieg	☐	☐	☐	☐	☐	11-
☐	☐	☐	Gefängnisarrest	☐	☐	☐	☐	☐	17-
☐	☐	☐	Wohnsitzwechsel	☐	☐	☐	☐	☐	23-
☐	☐	☐	Suizidversuch	☐	☐	☐	☐	☐	29-
☐	☐	☐	Manifestation psychotischer Symp.	☐	☐	☐	☐	☐	35-
☐	☐	☐	Manifestation neurotischer Symp.	☐	☐	☐	☐	☐	41-

Codierungsanweisung : 0 = nein 1 = Verdacht
9 = unbekannt/ 2 = sicher
k.A.

☐	☐	☐	Alkoholismus	☐	☐	☐	☐	☐	47-
☐	☐	☐	Rauschm-/ Medikamentenabh.	☐	☐	☐	☐	☐	53-
☐	☐	☐	chron.körperl. Leiden	☐	☐	☐	☐	☐	59-
☐	☐	☐	Endokrine Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐	65-
☐	☐	☐	cerebraler Anfall	☐	☐	☐	☐	☐	71-
☐	☐	☐	Schädel - Hirn - Trauma	☐	☐	☐	☐	☐	77-
☐	☐	☐	andere hirnorganische Erkr.	☐	☐	☐	☐	☐	83-

30. Jetzige Erkrankung : Erstmanifestation ? ja = ① ☐ 89
Wahrsch. Erstmanifestation
im Alter von / Jahre ☐ 90-9

31. Frühere Krankheitsmanifestation :
Verlaufsform : intermittierend ① Vollremission ③
chronisch ② Teilremission ④ ☐ 92
Schwere der Erkrankung seit Erstmanifestation :
zunehmend ① abnehmend ③
gleichbleibend ② wechselnd ④ ☐ 93
Wechsel der Symptomatik : ja = ① ☐ 94

33. Frühe Störungen :
path. Schwangerschafts oder Geburtsanamnese : ja = ① ☐ 95
statomotorische oder Sprachverzögerung : ja = ① ☐ 96
neurotische Primordialsymptomatik : ja = ① ☐ 97

34. Psychische Erkrankungen in der Familie :
Anzahl der Personen 1. Grades ferne Verw.
Hirng. Krankheiten ☐ ☐
Schizophrenie ☐ ☐
Affektive Psychosen ☐ ☐
nicht psychot. Auffälligkeiten ☐ ☐
Art nicht bestimmbar ☐ ☐
98 ☐ 103
102 ☐ 107

35. Suicidversuche bei Angehörigen : ☐ ☐
Gesamtzahl : ☐ ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110

36. Suicide bei Angehörigen : ☐ ☐
Gesamtzahl : ☐ ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113

37. Suicidversuche des Probanden :
Gesamtzahl : ☐ ☐ 114
letzter Versuch vor: < 1 Monat ① < 1 Jahr ③
< 6 Monaten ② < 5 Jahre ④
≥ 5 Jahre ⑤ ☐ 115

KA ☐ ☐ ☐ 1-2

dupliziere 3 - 10

38. Abgrenzbare psychiatrische Manifestationen (Prob.) :

mehrere bis 10 ☐ Gesamtzahl ☐
mehrere über 10 ☐

☐ 11-12
☐ 13

39. Aufnahmen in psychiatrische Abteilungen :

mehrere bis 10 ☐ Gesamtzahl : ☐
mehrere über 10 ☐

☐ 14-15
☐ 16

40. Vorbehandlungsform :

ambulant ☐
stationär ☐
Tag/Nacht-Klinik ☐
allg.medizinisch ☐ Verhaltenstherap. ☐
allg.psychiatrisch ☐ EKT ☐
psychoanalytisch ☐ andere ☐

20 ☐
↓ ☐
22 ☐ 23 ☐
↓ ☐
25 ☐

41. Vorbehandlung mit Psychopharmaka :

Erkrankung :		+	Erfolg	-/?
Neuroleptika :	jetzt	☐	☐	☐
	letzte	☐	☐	☐
	frühere	☐	☐	☐
Antidepressiva :	jetzt	☐	☐	☐
	letzte	☐	☐	☐
	frühere	☐	☐	☐
Tranquilizer :	jetzt	☐	☐	☐
	letzte	☐	☐	☐
	frühere	☐	☐	☐

☐ 26
☐ 27
☐ 28
☐ 29
☐ 30
☐ 31
☐ 32
☐ 33
☐ 34

42. 1. Diagnose (ICD) : ☐ Zuordnung gelingt: U. T.

1. Diagnose (ICD) ☐ leicht ☐ ☐
zur Tatzeit ☐ mittel ☐ ☐
schwer ☐ ☐

2. Diagnose (ICD) : ☐ Zuordnung gelingt: U. T.

2. Diagnose (ICD) ☐ leicht ☐ ☐
zur Tatzeit ☐ mittel ☐ ☐
schwer ☐ ☐

☐ 35-38
u. 1. ☐ 40
39 ☐
☐ 41-44
☐ 45-48
u. 1. ☐ 50
49 ☐
☐ 51-54

43. DSM III Diagnose

: 1. Achse ☐
2. Achse ☐
4. Achse ☐

Hauptdiagnose: 1. Achse ☐
2. Achse ☐

☐ 55-59
☐ 60-64
☐ 65
☐ 66

44. Klinisch psychiatrische Erfahrung des Untersuchers :

1 Jahr = ☐; 1 - 3 Jahre = ☐; 3 - 5 Jahre = ☐; ≥ 5J = ☐

☐ 67

Psychischer Befund :

Codierungsanweisung : Symptom nicht vorhanden = 0 = Blank
leicht = 1 schwer = 3
mittel = 2 keine Ang. = 9

1. Bewußtseinsstörungen

Bewußtseinsverminderung ☐
Bewußtseinseintrübung ☐
Bewußtseinseingengung ☐
Bewußtseinsverschiebung ☐

Orientierungsstörungen :

zeitlich ☐
örtlich ☐
situativ ☐
über die eigene Person ☐

3. Aufmerksamkeits- und-
Gedächtnisstörungen

Auffassungsstörungen ☐
Konzentrationsstörungen ☐
Merkfähigkeitsstörungen ☐
Gedächtnisstörungen ☐
Konfabulationen ☐
Paramnesien ☐

4. Formale Denkstörungen

gehemmt ☐
verlangsamt ☐
umständlich ☐
eingeengt ☐
perseverierend ☐
grübeln ☐
Gedankendrängen ☐
ideenflüchtig ☐
Vorbeireden ☐
gesperrt/Gedankenaoreißen ☐
inkohärent/zerfahren ☐
Neologismen ☐

5. Befürchtungen und Zwänge :

Mißtrauen ☐
Hypochondrie (n.wahnhaf) ☐
Phobien ☐
Zwangsgedanken ☐
Zwangsimpulse ☐
Zwangshandlungen ☐

6. Wahn

Wahnstimmung ☐
Wahrnehmungs-
Wahneinfall ☐
Wahngedanken ☐
systematischer Wahn ☐
Wahndynamik ☐
Beziehungswahn ☐
Beeinträchtigungs.-Verf. Wahn ☐
Eifersuchtswahn ☐
Schuldswahn ☐
Verarmungswahn ☐
hypochondrischer Wahn ☐
Großenwahn ☐
andere Wahnhalte ☐

7. Sinnestäuschungen :

Illusionen ☐
Stimmennöten ☐
andere akust. Halluzinationen ☐
optische Halluz. ☐
Körperhalluzinationen ☐
Geruchs/Geschmacksalluz. ☐

8. Ich-Störungen :

Depersonalisation ☐
Derealisation ☐
Gedankenausbreitung ☐
Gedankenentzug ☐
Gedankeneingebung ☐
andere Fremdbeeinflussungserl. ☐

56 ☐
71 ☐

72 ☐
75 ☐

76 ☐
81 ☐

82 ☐

83 ☐

94 ☐
99 ☐

100 ☐
113 ☐

114 ☐
119 ☐

120 ☐
125 ☐

9. Störungen der Affektivität

ratlos ☐
 Gefühl d. Gefühllosigkeit ☐
 affektarm ☐
 Störung der Vitalgefühle ☐
 deprimiert ☐
 hoffnungslos ☐
 ängstlich ☐
 euphorisch ☐
 dysphorisch ☐
 gereizt ☐
 innerlich unruhig ☐
 klagsam jammerig ☐
 Insuffizienzgefühle ☐
 gesteigertes Selbstwertgefühl ☐
 Verarmungsgefühle ☐
 ambivalent ☐
 Parathymie ☐
 affektlabil ☐
 affektinkontinent ☐
 affektstarr ☐

10. Antriebs- u. psychomotorische Störungen

antriebsarm ☐
 Befundunsicherheit ☐

antriebsgehemmt ☐
 antriebsgesteigert ☐
 motorisch unruhig ☐
 Parakinesien ☐
 maniert/bizar ☐
 theatralisch ☐
 mutistisch ☐
 logorrhöisch ☐

11. Circadiane St. :

morgens schlechter ☐
 abends schlechter ☐
 abends besser ☐

12. Andere Störungen :

sozialer Rückzug ☐
 soz. Umtriebigkeit ☐
 Aggressivität ☐
 Suizidalität ☐
 Selbstbeschädigung ☐
 Mangel an Krankheitsgef. ☐
 Mangel a. Krankheitseins. ☐
 Ablehnung der Behandlung ☐
 pflegebedürftig ☐

Intelligenzstörung : ☐
 angeboren ☐
 erworben ☐

Promiskuität ☐ Homosexualität ☐
 Prostitution ☐ sonst. sex. Deviation ☐
Zusatzuntersuchungen : unauffällig normvariant pathologisch

EEG ☐ ☐ ☐
 EKG ☐ ☐ ☐
 Klinisch-chemisch ☐ ☐ ☐
 Röntgen ☐ ☐ ☐
 Testpsychologisch ☐ ☐ ☐

GAS - Score :

Zum Zeitpunkt der Untersuchung ☐
 Zum Zeitpunkt der Tat ☐
 Zum Zeitpunkt der Verhandlung ☐

11 ☐ 33
 40
 41
 42
 30
 44
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58

59
 63
 64-66
 67-69
 70-72
 73-75

Somatischer Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung :

Codierungsanweisung : Symptom nicht vorhanden = 0 = Blank
 leicht = 1 schwer = 3
 mittel = 2 keine Ang. = 9

1. Schlaf-u. Vigilanzstörungen

Einschlafstörungen ☐
 Durchschlafstörungen ☐
 Verkürzung d. Schlafdauer ☐
 Früherwachen ☐
 Müdigkeit ☐

2. Appetenzstörungen :

Appetit vermindert ☐
 Appetit vermehrt ☐
 Durst vermehrt ☐
 Sexualität vermindert ☐

3. Gastro-Intestionale Störungen:

Hypersalivation ☐
 Mundtrockenheit ☐
 Übelkeit ☐
 Erbrechen ☐
 Magenbeschwerden ☐
 Obstipation ☐
 Diarrhoe ☐

4. Kardio-Respirator. Störungen :

Atembeschwerden ☐
 Schwindel ☐
 Herzklopfen ☐
 Herzdruck ☐

5. Andere vegetative Störungen :

Akkommodationsstörungen ☐
 Schwitzen vermehrt ☐
 Seborrhoe ☐

Miktionsstörungen ☐
 Menstruationsstörungen ☐

6. Weitere Störungen :

Kopfdruck ☐
 Rückenschmerzen ☐
 Schweregefühl i. d. Beinen ☐
 Hitzegefühl ☐
 Frösteln ☐
 Konversionssymptome ☐

7. Neurologische Störungen :

Rigor ☐
 Muskeltonus erniedrigt ☐
 Tremor ☐
 Dyskinesien ☐
 Hypokinesien ☐
 Akathisie ☐
 Ataxie ☐
 Nystagmus ☐
 Parästhesien ☐

Seitendifferenzen ja = ①
 Cerebrale Krampfanf. ja = ①

	☐	99
	☐	100
76	☐	
80	☐	
	☐	101
81	☐	
84	☐	
	☐	106
	☐	
	☐	107
85	☐	
	☐	114
91	☐	
	☐	115
	☐	116
	☐	117
92	☐	
	☐	118
	☐	119
95	☐	
	☐	120
	☐	121
	☐	
96	☐	
	☐	122
98	☐	
	☐	123

KA 07 1-2

KRIMINALITÄT :

dupliziere 3 - 10

45. Kriminalität in der Primärfamilie :

Gewaltdelikte	①	Sexualdelikte	①	☐	☐	11-12
Eigentumsdelikte	①	andere	①	☐	☐	13-14

46. Gewalttätigkeiten in der Primärfamilie :

ausschließlich Proband :

Vater → Mutter	①	Mutter → Kinder	①	☐	☐	15-16
Vater → Kinder	①	Kinder → Eltern	①	☐	☐	17-18
Mutter → Vater	①	Kinder → Kinder	①	☐	☐	19-20

einschließlich Proband :

Vater → Probanden	①	Proband → Mutter	①	☐	☐	21-22
Mutter → Probanden	①	Proband → Geschwister	①	☐	☐	23-24
Proband → Vater	①	Geschw. → Probanden	①	☐	☐	25-26

47. Gewalttätigkeiten in der Sekundärfamilie :

Proband → Partner	①	Partner → Kinder	①	☐	☐	27-28
Partner → Proband	①	Proband → Kinder	①	☐	☐	29-30

47a. Inzest und inzestähnliches Verhalten

in der Primärfamilie ohne Beteiligung des Probanden ①

in der Primärfamilie mit Beteiligung des Probanden ②

in der Sekundärfamilie mit Beteiligung des Probanden ③

in der Sekundärfamilie ohne Beteiligung des Probanden ④

Mehrfachnennungen ⑤ ☐ 31

48. Hospitalisierung der Mutter :

Dauer :	psychiatrisch	andere			
< Monat	①		☐	☐	32-33
1 - 6 Monate	①		☐	☐	33-34
6 - 12 Monate	①		☐	☐	35-36
> 12 Monate	①		☐	☐	38-39

49. Alkohol in der Familie :

Vater	①	Geschwister	①	☐	☐	40-41
Mutter	①	Partner	①	☐	☐	42-43

50. Kindheitsdelikte des Probanden :

Lügen
Stehlen
Schule schwänzen
Prüfgeleien in der Schule
Tierquälerei
Gewalt gegen Eltern und/oder Geschwister

①
①
①
①
①
①

44
↓
49

51. Eigene frühere kriminelle Handlungen :
(subjektive Angaben)

Anzahl falls diese sicher zählbar ist

mehr als 10

②

weniger als 10

①

Gewaltdelikte

①

Sexualdelikte

①

Eigentumsdelikte

①

andere ①

Alter bei der ersten Straftat :

Art der ersten Straftat :

Gewaltdelikt

①

Sexualdelikt

①

Eigentumsdelikte

①

andere

①

52. Vorstrafen :

Jugendstrafen

①

Geldstrafen

①

Mahnungen

①

Haftstrafen

①

53. Dauer zwischen Tat und Untersuchung / Wochen :

54. Jetzige Aggressionstat :

Erstmalige Handlung

ja = ①

ja = ①

vermutete frühere Aggressionshandlungen / Anzahl :

Anzahl der sicheren Aggressionshandlungen :

50-51

52

53-54

55-56

57-58

59-60

61-62

63-64

65-66

67-68

70

71

72-73

74-75

frühere Aggressionstaten : gleichartig ①
verschieden ②

□ 76

53. Erkennbare Abhängigkeit der Aggressionstat :

von :	jetzt	früher
endogenen Stimmungsschwankungen	①	①
chronischen Konfliktreaktionen	①	①
akuter Bedrohung objektiv	①	①
subjektiv	①	①
Alkohol-/ Drogeneinfluß	①	①
ohne erkennbare Abhängigkeit	①	①
andere	①	①

□	77-78
□	79-80
□	81-82
□	83-84
□	85-86
□	87-88
□	89-90

54. Mögliche Einflüsse auf die Aggressionstat :jetzt

früher

	jetzt	früher
Jahreszeit / Monat	□	□
Nahrungsmangel / Hypoglycämie	□	□
Körpertemperatur	□	□
Schlafentzug	□	□
"crowding"	□	□
"isolation"	□	□
sexuelle Triebabeteiligung Verdacht	①	①
sicher	①	①

□	91-94
□	95-96
□	97-98
□	99-100
□	101-102
□	103-104
□	105-106
□	107-108

57. Alkohol zur Tatzeit :

jetzt

früher

anamn. gem. BAK

anamn. gem. BAK

< 1 ‰	①	①	①	①
1 - 2 ‰	①	①	①	①
2 - 3 ‰	①	①	①	①
> 3 ‰	①	①	①	①

□	109-110
□	111-112
□	113-114
□	115-116
□	117-118
□	119-120

56. Medikamente zur Tatzeit :

therap. nicht therap.

therap. nicht therap.

Schmerzmittel	①	①	①	①
Opiate	①	①	①	①
Tranquilizer	①	①	①	①
Thymoleptika	①	①	①	①
Neuroleptika	①	①	①	①
Weckamine	①	①	①	①

KA 52 1-2

dupliziere 3 - 10

□	11-12
□	13-14
□	15-16
□	17-18
□	19-20
□	21-22

57. Drogen zur Tatzeit

jetzt

früher

Morphine u.ä.	①	①
Halluzinogene	①	①
Haschisch	①	①
Kokain	①	①
andere	①	①

□	23-24
□	25-26
□	27-28
□	29-30
□	31-32

58. Autonome Reaktionen während der Tat :

	jetzt	früher
Schwitzen	①	①
Herzklopfen	①	①
Zittern	①	①
Mundtrockenheit	①	①
Verbalisationen	①	①

☐	☐	☐	☐	33-34
☐	☐	☐	☐	35-36
☐	☐	☐	☐	37-38
☐	☐	☐	☐	39-40
☐	☐	☐	☐	41-42

59. Konfliktbereiche, die für die Aggressionstat verantwortlich gemacht werden :

	jetzt		früher	
	subj.	objekt.	subj.	objekt.
Liebe	①	①	①	①
Sex	①	①	①	①
Ehe/Partnerschaft	①	①	①	①
Familie	①	①	①	①
Beruf	①	①	①	①
Finanzen	①	①	①	①
Gruppendruck	①	①	①	①
Abhängigkeit	①	①	①	①
Gesundheit psychisch	①	①	①	①
körperlich	①	①	①	①

☐	☐	☐	☐	43-46
☐	☐	☐	☐	47-50
☐	☐	☐	☐	51-54
☐	☐	☐	☐	55-58
☐	☐	☐	☐	59-62
☐	☐	☐	☐	63-66
☐	☐	☐	☐	67-70
☐	☐	☐	☐	71-74
☐	☐	☐	☐	75-78
☐	☐	☐	☐	79-82

60. Art der Aggression :

Verteidigung	①	①	①	①
Angriff	①	①	①	①
"instrumental aggr."	①	①	①	①
"predatory aggress."	①	①	①	①
"sex related aggr."	①	①	①	①
"female soc.aggr."	①	①	①	①
"territorial aggr."	①	①	①	①
"irritative aggr."	①	①	①	①
"defensive aggr."	①	①	①	①
"competitive aggr."	①	①	①	①
"protective aggr."	①	①	①	①

☐	☐	☐	☐	83-86
☐	☐	☐	☐	87-90
☐	☐	☐	☐	91-94
☐	☐	☐	☐	95-98
☐	☐	☐	☐	99-102
☐	☐	☐	☐	103-106
☐	☐	☐	☐	107-110
☐	☐	☐	☐	111-114
☐	☐	☐	☐	115-118
☐	☐	☐	☐	119-122
☐	☐	☐	☐	123-126

KA 09 1-2

dupliziere 3 - 10

URTEIL DES GUTACHTERS :

Merkmal :

krankhafte seelische Störung	①
tiefgreifende Bewußtseinsstörung	①
Schwachsinn	①
schwere andere seelische Abartigkeit	①

11
↓
14

konstellierende Faktoren	Alkohol	①
Affekttat		①
unwiderstehlicher Drang		①

15
↓
17

	aufgehoben	erheblich eingeschränkt	nicht eingeschr.
Einsichtsfähigkeit :	①	②	③
Steuerungsfähig. :	①	②	③

18
19

Medizinische Voraussetzungen für die Anwendung des

	sicher vorh.	nicht aus- schließbar	nicht vernansen
§ 20	①	②	③
§ 21	①	③	③

20
21

Befürwortet :

§ 63	①
§ 64	①
§ 105	①
§ 67 e	①

22
↓
25

PERSÖNLICHKEITSBESCHREIBUNG :

Codierungsanweisung : Nicht vorhanden = 0 = Blank
leicht = 1 schwer = 3
mittel = 2 h. Ang. = 4

1. Untersuchungssituation

abweisend - verschlossen
demonstrativ - exzentrisch
manipulativ
weitschweifig

2. Intellekt :

intelligenzgemindert
einfach strukturiert

3. Antrieb :

überaktiv
passiv - gehemmt

4. Allgemeines Persönlichkeitsbild :

auffällige Verdrängungsmechanismen
geltungsbedürftig
mißtrauisch - eifersüchtig
paranoisch - sensitiv
impulsiv - ungesteuert
gespannt - Angriffshaltung
innerlich unruhig - nervös
verführbar - beeinflufßbar
kritischschwach - mangelnde Selbstkritik
emotiv - weiche Wesenszüge
selbstunsicher - Insuffizienzgefühle
Rechtfertigungstendenz - bagatellisierend
Anspruchshaltung - fordern
auf wenige Lebensbereiche eingeeengt
introvertiert
hypochondrisch
gesteigertes Selbstwertgefühl
realitätsfremd
stimmungslabil
eingeschränkte Stimmungs- und Resonanzfähigkeit
ängstliche Grundhaltung - schüchtern
depressive Tendenzen
gesteigertes Lebensgefühl
gefühlskalt
reizbar
Unempfindsamkeit - Mangel an Empathie
überempfindlich - kränkbar
frustrationsintolerant
labil - haltschwach
rigide
unselbstständig - abhängig
willfährig
kontaktgestört
unfähig Bindungen aufrecht zu erhalten
mangelndes Durchhaltevermögen
geringe Durchsetzungsfähigkeit
infantil - naiv - unreif

5. Früheres Verhalten :

- egoistisch - egozentrisch
- entschlußlos - zögernd
- planlos
- gewalttätig
- fehlender innerer Bezug zu Gesetznormen
- überkontrolliert

Fortsetzung KA 09

26
↓
29

	30
	31

32
33

34

40

45

50

54
55

55

60

65

76

71

76

ANHANG 2

FORENSISCH-PSYCHIATRISCHE ABTEILUNG DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER
UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Wichtiger Hinweis : Deckblatt nach Codierung der Gutachten-Nr. vernichten

F P D S

FORENSISCH - PSYCHIATRISCHES
DOKUMENTATIONSSYSTEM

(512 ITEMS)
(2.Fassung Mai 1986)

NAME : VORNAME : GANr.

I N H A L T :

	Seite
1.0. AKTENLAGE	1
1.1. Gutachten	1
1.2. Hauptopfer	2
1.3. Angaben zur Tat	2
2.0. AMDP-TEIL	3
2.1. Anamnese 1 (Soziodemographische Daten)	3
2.2. Anamnese 2 (Biographische Anamnese)	5
2.3. Anamnese 3 (Krankheitsanamnese)	6
2.4. Psychischer Befund - Untersuchung	8
2.5. Somatischer Befund - Untersuchung	10
3.0. ERGÄNZENDE ANAMNESE UND KLINISCHE DATEN	11
3.1. Primärfamilie	11
3.2. Sexualverhalten	12
3.3. Zusatzuntersuchungen	12
3.4. DSM III / GAS	12
3.5. Auffälligkeiten der Persönlichkeit	13
4.0. SPEZIELLER FORENSISCHER TEIL	14
4.1. Kriminelle Vorgeschichte	14
4.2. Alkohol und Drogen	14
4.3. Konfliktbereiche	15
4.4. Tatmerkmale	15
4.5. Psychosoziale Auswirkungen	16
4.6. Befund zur Tatzeit	16
4.7. Forensische Einschätzung	17

HINWEIS ZUR CODIERUNG :

Falls keine andere Anweisung, gilt immer :

0 = blanc = nein bzw. nicht vorhanden

9,99,999(entspr. Anzahl d. waagr. Kästchen) = keine Angaben bzw. unbekannt
bzw. nicht beurteilbar

FÖRNSISCH-PSYCHIATRISCHE ABTEILUNG DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Kartenart.....	1	
Gutachtennummer.....	1	2-6

Zeitl. Gutachtenfolgenummer.....	7	
Gutachter.....	8-9	
Auswerter.....	10	

1.0. ALLGEMEINER FÖRNSISCHER TEIL

1.1. GUTACHTEN

1. Gutachten erstellt im Jahre.....	11-14
-------------------------------------	-------

2. Gutachten angefordert durch :		
1.....Amtsgericht	3.....Staatsanwaltschaft	
2.....Landgericht	4.....andere	15

3. Gutachtendurchführung :	1.....ambulant	
	2.....stationär	16

Dauer der Beobachtung / Tage.....	17-18
-----------------------------------	-------

Dauer zwischen Tat und Untersuchung / Wochen.....	19-21
---	-------

Während der Begutachtung in Haft ja = 1	22
---	----

4. Straftatsvorwurf :		
1.....Mord u. Totschlag	6.....Betrug	
2.....Körperverletzung	7.....Erpressung / Entführung	
3.....Sexualdelikt	8.....ETMG	
4.....Raub	10.....Brandstiftung	
5.....Diebstahl	11.....andere	
	Hauptvorwurf.....	23-24
	Nebenvorwurf.....	25-26

5. Fragestellung :	§§ 20/21 StGB.....	27
	§§ 63/64 StGB.....	28
	§ 3 JGG.....	29
	§ 105 JGG.....	30
	andere.....	31

6. Vorgutachten zur jetzigen Tat :	
Kurzgutachten.....	32
Ausführliches Gutachten.....	33

7. Gutachten zu früheren Taten.....	34
-------------------------------------	----

1.2. HAUPTOPFER

(Hinweis : Wahl des Opfers nach 1. Täterintention, 2. Verletzungsgrad)

- | | |
|--|---|
| 1. Anzahl der Opfer.....!_!_! | !_!_! 35-36 |
| 2. Beziehung des Hauptopfers zum Täter | |
| 01.....Mutter | 07.....Ehehnl. Intimpartner |
| 02.....Vater | 08.....Sporad. /kurzfr. Sexualpart. |
| 03.....Geschwister | 09.....Beziehung nicht feststellb. |
| 04.....Ehepartner | 10.....Bekannter/Freund |
| 05.....Kinder | 11.....Fremde Autoritätsperson
(Vorges., Richter, Polizist.) |
| 06...Andere Verwandte | 12.....Unbekannter/nur vom Sehen
bekannter |
| | !_!_! 37-38 |
| 3. Geschlecht des Hauptopfers | |
| 1.....männlich | 2.....weiblich |
| | !_! 39 |
| 4. Alter des Hauptopfers.....!_!_! | !_!_! 40-41 |
| 5. Verletzungsgrad des Hauptopfers | |
| 1.....totes Opfer | 4.....leicht verletzt |
| 2...lebensgefährlich | 5.....unverletzt |
| 3.....schwer verletzt | |
| | !_! 42 |
| 6. Verhalten des Hauptopfers | |
| 1.....abweisend | 3.....neutral |
| 2.....entgegenkommend | 4.....provokierend |
| | !_! 43 |
| 7. Opfer alkoholisiert.....ja = 1 | !_! 44 |

1.3. ANGABEN ZUR TAT

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------|
| 1. Einzel - oder Gemeinschaftstat | | = |
| 1.....Einzeltäter | 2.....Gemeinschaftstäter | !_! 45 |
| 2. Tatentschluß | | |
| 1.....eher spontan | 2.....eher geplant | !_! 46 |
| 3. Haupttatwerkzeug | | |
| 1.körperliche Gewalt | 4.....Schußwaffe | |
| 2.....Stichwaffe | 5....Sonstiges (Seil, Gift, Auto..) | |
| 3.....Schlagwaffe | | !_! 47 |
| 4. Haupttatmotiv | | |
| 1.....Eifersucht / Angst vor Trennung | | |
| 2.....Rache | | |
| 3.....Bereicherung / finanzielle Interessen | | |
| 4.....Sexueller Trieb | | |
| 5.....Verdeckung einer anderen Straftat | | |
| 6.....Verteidigung der eigenen oder einer anderen Person | | |
| 7.....andere (unbedingt Klartext)..... | | !_! 48 |
| 5. Geständnis | | |
| 1..Geständnis in vollem Umfang | 3.....verneint Tat | |
| 2.....Teilgeständnis | 4.....macht keine Angaben | !_! 49 |

2.0. AMDP - TEIL

KA 2
dupl.: 2-6

Fragen des AMDP-Teils beziehen sich auf den Zeitpunkt der Tat oder auf Daten bis zur Tat, Ereignisse nach d.Tat bleiben außer Betracht
Ausnahme: Psych. u.körperl. Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung

2.1. ANAMNESE 1 (SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN DES PROBANDEN)

1a. Alter des Probanden zur Tatzeit :.....!	! ! 7-8
1b. Geschlecht	
1.....männlich	! ! 9
2.....weiblich	! ! 10-15
1c. Geburtsdatum.....!	! ! ! ! ! 10-15
2. Familienstand des Probanden	
1.....ledig	! ! 16
2.....verheiratet	
3.....verwitwet	! ! 17-18
4.....getrennt lebend	! ! 19-20
5.....geschieden	
3. Anzahl der eigenen Kinder.....!	! ! 21-22
Adoptiv / Pflegekinder.....!	! ! 23
4. Biologische Geschwister.....!	! ! 24-25
1.....Zwilling	! ! 26-27
2.....Halbgeschwister	
Stellung in der Geschwisterreihe.....!	
5. Alter bei der ersten Heirat.....!	
6. Aufgewachsen (bis 15 Jahre)	
1.....Großstadt	! ! 28
2.....Kleinstadt	
3.....auf dem Land	
4.....in wechselnd. Umgebung	
7. Muttersprache	
1.....deutsch	! ! 29
2.....französisch	
3.....italienisch	
4.....and. europ. Sprache	
5.....äußereurop. Sprache	
6.....mehrsprachig	
8. Haushalt umfaßt :	
Proband.....1	! ! 30
(Ehe)partner.....1	! !
Geschwister.....1	! !
Vater.....1	! !
Mutter.....1	! !
Kinder.....1	! !
andere.....1	! ! 36
9. Haushalt wird finanziert durch :	
Proband.....1	! ! 37
(Ehe)partner.....1	! !
Geschwister.....1	! !
Vater.....1	! !
Mutter.....1	! !
Kinder.....1	! !
andere.....1	! ! 43
10. Anzahl der Personen im Haushalt.....!	! ! 44-45
11. Anzahl der Zimmer im Haushalt.....!	! ! 46-47

12. Schulbildung :	mit Abschl.	ohne Abschl.	in Ausbildung	
Hilfs-/Sondersch.	1.....	2.....	3.....	! ! 49
Volksschule.	1.....	2.....	3.....	! !
Mittelschule.	1.....	2.....	3.....	! !
Gymnasium.	1.....	2.....	3.....	! ! 51
13. Berufsausbildung:				
Lehre.	1.....	2.....	3.....	! ! 52
Fachschule.	1.....	2.....	3.....	! ! 53
Hochschule.	1.....	2.....	3.....	! ! 54
andere.	1.....	2.....	3.....	! ! 55-56
14. Berufliche Stellung :				
01.....	Hausfrau	07.....	Hausfrau m. Nebentät.	
02... freischaffend/selbstst.		08.....	selbstst. Unternehmer	
03.....	leitend. Beamter	10.....	Beamter	
04.....	leitend. Angestellter	11.....	Angestellter	
05.....	qualif. Facharbeiter	12.....	gewohnl. Facharbeiter	
06.....	Arbeiter	13.....	anderes	
00.....	nicht zutreffend	99.....	keine Angaben	! ! ! 57-58
15. Relation zum Beruf :				
1... nicht im erl. Beruf tätig		3.....	arbeitslos gemeldet	! ! 59
2.....	ohne Arbeit			
16. Ruhestand		vorzeitig.....	1	! ! 60
		altersentsprechend.....	1	! !
		mit Nebentätigkeit.....	1	! ! 62
17. Berufssektor :				
1.....	privater Sektor	2.....	öffentlicher Sektor	! ! 63
01.....	Land/Forst	06.....	Handel	
02.....	Industrie	07.....	Bank/Versicherung	
03.....	Handwerk	08.....	Forschung/Lehre	
04.....	Militär	10.....	anderes	
05.....	Transport u. Verkehr	11.....	Dienstleistung allg.	! ! ! 64-65
18. Wohnsitz :				
1.....	Mietwohnung	2.....	eigenes Haus/Wohnung	
3... Gemeinschaftsunterk. /WG		4.....	Untermiete	! ! 66
5.....	ohne festen Wohnsitz	6.....	anderes	
19. Gesamthaushalt: Nettoeinkünfte / Monat.....	DM. ! ! ! ! !			! ! ! ! ! 67-71
Proband : Nettoeinkünfte / Monat.....	DM. ! ! ! ! !			! ! ! ! ! 72-76
20. Jetzige Konfession / weltanschauliche Bindung :				
1.....	protestantisch	4.....	islamisch	
2.....	römisch-katholisch	5.....	and. rel. Bindung	! ! 77
3.....	jüdisch	6.....	mehrere Bindungen	
konvertiert.....	ja = 1			! ! 78
21. Intensität der Konfession / weltanschaulichen Bindung :				
0.....	keine	2.....	mittel	
1.....	schwach	3.....	stark	! ! 79

2.2. ANAMNESE 2

22. Vermutete krankheitsfördernde Einflüsse :

(Codierungsanweisung: 9 = keine Aussage 2 = 3-12 Monate
0 = nicht zutreff. 3 = 12 Monate
1 = drei Monate 4 = weiß nicht)

	Prob. Anzt		Prob. Anzt	80-81	94-95
Liebe.....		chron. körp. Leiden.....			
Sexualität.....		Beruf.....			
Ehe/Partnerschaft.....		Schule/Studium.....			
Familie.....		öffentl. Institution.....			
Finanzen.....		soziale Mobilität.....			
psych. Beeintr.....		Vereinsamung.....			
körp. Beeintr.....					104-105
				92-93	

23. Veränderung der Lebenssituation bis zum Zeitpunkt der Tat : (Cod. anw. : 0=nein / 1=einmal / 2=mehrfach / 3=unbek., k.A.)

	0(5J. 5(15J. 15(25J.		25(45J. 45(60J. 60(70J.		KA 3 dupl. 2-6
		Tod Vater			7-12
		Tod Mutter			13-18
		Trennung v. Eltern > 1Jahr			19-24
		Trenn./Scheid.d. Eltern > 1J.			25-30
		Heimaufenthalt (Prob.) > 1J.			31-36
		Heirat (Proband)			37-42
		Trennung(1J.)Ehescheidung			43-48
		Tod (Ehe)partner			49-54
		neue Partnerschaft			55-60
		Geburt von Kindern			61-66
		Heirat von Kindern			67-72
		Tod von Kindern			73-78
		Schul Ausbildung abgebrochen			79-84
		Schul Ausbildung unterbrochen			85-90
		Berufsausbildung abgebrochen			91-95
		Berufsausbildung unterbrochen			97-102
		Arbeitsplatzwechsel			103-108
		Verlust des Arbeitsplatzes			109-114
		beruflicher Aufstieg			115-120
					KA 4 dupliziere 2 - 6
		beruflicher Abstieg			7-12
		Gefangnisarrest			13-18
		Wohnsitzwechsel			19-24
		Suicidversuch			25-30
		Manifestation psych. Sympt.			31-36
		Manifestation neurot. Sympt.			37-42

(Cod. Anw. : 0=nein / 1=Verdacht / 2=sicher / 3=unbekannt, k.A.)

		Alkoholismus			43-48
		Rauschm.-/Medikamentenabh.			49-54
		chron. körp. Leiden			55-60
		endokrine Erkrankungen			61-66
		cerebraler Anfall			67-72
		Schädel-Hirn-Trauma			73-78
		andere hirnorg. Erkrankungen			79-84

2.3. ANAMNESE_3

24. Jetzige Erkrankung :	Erstmanifestation ?..... ja = 1	!_! 85	
	Wahrsch. Erstmanifestation im Alter von / Jahre..... !_!_!	!_!_! 86-87	
25. Frühere Krankheitsmanifestationen :			
Verlaufsform :	1... intermittierend 3... Vollremission		
	2..... chronisch 4... Teilremission	!_! 88	
Schwere der Erkrankung seit Erstmanifestation :			
	1..... zunehmend 3..... abnehmend		
	2.... gleichbleibend 4..... wechselnd	!_! 89	
Wechsel der Symptomatik ?..... ja = 1		!_! 90	
26. Aktuelle Krankheitsmanifestation (zum Tatzeitpunkt)			
Belastung innerhalb drei Wochen vor Beginn der Krankheits-			
manifestation, die während der Tat vorlag.	somatisch.. ja = 1	!_! 91	
	psychisch.. ja = 1	!_! 92	
Dauer bis zur Tat :			
	1..... (1 Woche 3..... 1-6 Monate		
	2..... (1 Monat 4.....) 6 Monate	!_! 93	
27. Frühere Störungen :			
	path. Schwangerschafts- oder Geburtsanamnese..... ja = 1	!_! 94	
	statomotorische oder Sprachverzögerungen..... ja = 1	!_! 95	
	neurotische Primordialsymptomatik..... ja = 1	!_! 96	
28. Psychische Erkrankungen in der Familie :			
Anzahl der Personen	1. Grades ferne Verw.		
Hirnorganische Krankheiten..... !_!..... !_!		97 !_! !_! 102	
Schizophrenie..... !_!..... !_!		!_! !_!	
Affektive Psychosen..... !_!..... !_!		!_! !_!	
nicht psychot. Auffälligkeiten..... !_!..... !_!		101 !_! = !_! 106	
Art nicht bestimmbar..... !_!..... !_!		!_! !_!	
29. Suicidversuche bei Angehörigen 1..... !_!..... !_!		107 !_! !_! 108	
Gesamtzahl..... !_!..... !_!		!_! 109	
30. Suicide bei Angehörigen 1..... !_!..... !_!		110 !_! !_! 111	
Gesamtzahl..... !_!..... !_!		!_! 112	
31. Suicidversuche des Probanden:			
Gesamtzahl..... !_!..... !_!		!_! 113	
letzter Versuch von :			
	1..... (1 Monat 3..... (1 Jahr		
	2..... (6 Monaten 4..... (5 Jahre		
		5..... 25 Jahre	!_! 114

32. Abgrenzbare psychiatrische Manifestationen

	Gesamtzahl.....!_!_!	!_!_! 7-8
1.....mehrere(10	2.....mehrere) 10	!_!_! 9

33. Aufnahmen in psychiatrischen Abteilungen :

	Gesamtzahl.....!_!_!	!_!_! 10-11
1.....mehrere(10	2.....mehrere) 10	!_!_! 12

34. Vorbehandlungsform :

ambulant.....1	!_!_! 15
stationär.....1	!_!_!
Tag/Nacht-Klinik....1	!_!_! 15
allg.medizinisch....1	!_!_! 16
allg.psychiatrisch..1	!_!_!
psychoanalytisch....1	!_!_!
verhaltenstherap....1	!_!_!
EKT.....1	!_!_!
andere.....1	!_!_! 21

35. Vorbehandlung mit Psychopharmaka :

Erkrankung :	+	Erfolg	-/?	
Neuroleptika :	jetzt	1	2	!_!_! 22
	letzte	1	2	!_!_!
	frühere	1	2	!_!_!
Antidepressiva:	jetzt	1	2	!_!_!
	letzte	1	2	!_!_!
	frühere	1	2	!_!_!
Tranquilizer :	jetzt	1	2	!_!_!
	letzte	1	2	!_!_!
	frühere	1	2	!_!_! 30

36. Diagnose (ICD) zum Zeitpunkt der Untersuchung

1. Diagnose.....!_!_!_!	!_!_!_! 31-34
2. Diagnose.....!_!_!_!	!_!_!_! 35-38

Zuordnung gelingt :	1.Diagn.	2.Diagn.	1.
leicht.....1.....1			!_!_! 39
mittel.....2.....2			
schwer.....3.....3			!_!_! 40

37. Diagnose (ICD) zum Zeitpunkt der Tat

1. Diagnose.....!_!_!_!	!_!_!_! 41-44
2. Diagnose.....!_!_!_!	!_!_!_! 45-48

Zuordnung gelingt :	1.Diagn.	2.Diagn.	1.
leicht.....1.....1			!_!_! 49
mittel.....2.....2			2.
schwer.....3.....3			!_!_! 50

38. Klinisch psychiatrische Erfahrung des Untersuchers :

1.....(1 Jahr	3.....3 - 5 Jahre	
2.....1 - 3 Jahre	4.....5 Jahre	!_!_! 51

2.4. PSYCHISCHER BEFUND

(Zum Zeitpunkt der Untersuchung)

(Cod.Anw.: 0=Blank=nicht vorhanden / 1=leicht / 2=mittel

3=schwer / 9=keine Angaben)

<u>Bewußtseinsstörungen:</u>	1. Bewußtseinsverminderung.....	52
	2. Bewußtseinseintrübung.....	
	3. Bewußtseinseinkengung.....	
	4. Bewußtseinsverschiebung.....	55
<u>Orientierungsstörungen:</u>	5. zeitlich.....	56
	6. örtlich.....	
	7. situativ.....	
	8. über die eigene Person.....	59
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen:</u>	9. Auffassungsstörungen.....	60
	10. Konzentrationsstörungen.....	
	11. Merkfähigkeitsstörungen.....	
	12. Gedächtnisstörungen.....	
	13. Konfabulationen.....	
	14. Paramnesien.....	65
<u>Formale Denkstörungen:</u>	15. gehemmt.....	66
	16. verlangsamt.....	
	17. umständlich.....	
	18. eingeengt.....	
	19. perseverierend.....	70
	20. Grubeln.....	
	21. Gedankendrängen.....	
	22. Ideenfluchtig.....	
	23. Vorbeireden.....	
	24. gesperrt/Gedankenabreißen.....	75
	25. inkohärent/zerfahren.....	
	26. Neologismen.....	77
<u>Befürchtungen und Zwänge:</u>	27. Mißtrauen.....	78
	28. Hypochondrie (nicht wahrhaft).....	
	29. Phobien.....	
	30. Zwangsdenken.....	
	31. Zwangsimpulse.....	
	32. Zwangshandlungen.....	83
<u>Wahn:</u>	33. Wahnstimmung.....	84
	34. Wahrwahrnehmung.....	
	35. Wahneinfall.....	
	36. Wahngedanken.....	
	37. systematisierter Wahn.....	
	38. Wahndynamik.....	
	39. Beziehungswahn.....	90
	40. Beeinträchtigungs-Verfolgungswahn...	
	41. Eifersuchtswahn.....	
	42. Schuldwahn.....	
	43. Verarmungswahn.....	
	44. hypochondrischer Wahn.....	95
	45. Größenwahn.....	
	46. andere Wahrinhalte.....	97

<u>Sinnesstäuschungen: 1</u>	47. Illusionen.....	1	7
	48. Stimmenhören.....		
	49. andere akust. Halluzinationen.....		
	50. optische Halluzinationen.....		10
	51. Körperhalluzinationen.....		
	52. Geruchs- u. /Geschmackshalluz.....		
<u>Ich-Störungen: 1</u>	53. Depersonalisation.....		
	54. Derealisation.....		
	55. Gedankenausbreitung.....		15
	56. Gedankenentzug.....		
	57. Gedankeneingebung.....		
	58. and. Fremdbeeinflussungserlebnisse.....		
<u>Störungen d. Affektivität: 1</u>	59. ratlos.....		
	60. Gefühl der Gefühllosigkeit.....		20
	61. affektarm.....		
	62. Störungen der Vitalgefühle.....		
	63. deprimiert.....		
	64. hoffnungslos.....		
	65. ängstlich.....		25
	66. euphorisch.....		
	67. dysphorisch.....		
	68. gereizt.....		
	69. innerlich unruhig.....		
	70. klagsam jammrig.....		30
	71. Insuffizienzgefühle.....		
	72. gesteigertes Selbstwertgefühl.....		
	73. Schuldgefühle.....		
	74. Verarmungsgefühle.....		
	75. ambivalent.....		35
	76. Parathymie.....		
	77. affektlabil.....		
	78. affektinkontinent.....		
	79. affektstarr.....		40
<u>Antriebs- u. psychomot. Störungen: 1</u>	80. antriebsarm.....		
	81. antriebsgehemmt.....		
	82. antriebsgesteigert.....		
	83. motorisch unruhig.....		
	84. Parakinesien.....		
	85. maniert/bizarrr.....		45
	86. theatralisch.....		
	87. mutistisch.....		
	88. logorrhöisch.....		
<u>Circadiane Störungen: 1</u>	89. morgens schlechter.....		
	90. abends schlechter.....		50
	91. abends besser.....		
<u>Andere Störungen: 1</u>	92. sozialer Rückzug.....		
	93. soziale Umtriebigkeit.....		
	94. Aggressivität.....		
	95. Suizidalität.....		55
	96. Selbstbeschädigung.....		
	97. Mangel an Krankheitsgefühl.....		
	98. Mangel an Krankheitseinsicht.....		
	99. Ablehnung der Behandlung.....		
	100. pflegebedürftig.....		60
	Intelligenzstörung.....		61
	1..... angeboren 2..... erworben		62
	Befundunsicherheit.....		63

2.5. SOMATISCHER BEFUND

(Zum Zeitpunkt der Untersuchung)

(Cod. Anw. : 0=Blank=nicht vorhanden / 1=leicht / 2=mittel
3=schwer / 9=k. Ang.)

<u>Schlaf u. Vigilanzstör. :</u>	101. Einschlafstörungen.....	64
	102. Durchschlafstörungen.....	
	103. Verkürzung der Schlafdauer.....	
	104. Früherwachen.....	
	105. Müdigkeit.....	68
<u>Appetenzstörungen :</u>	106. Appetit vermindert.....	69
	107. Appetit vermehrt.....	
	108. Durst vermehrt.....	
	109. Sexualität vermindert.....	72
<u>Gastro-Intestinale Stör. :</u>	110. Hypersalivation.....	73
	111. Mundtrockenheit.....	
	112. Übelkeit.....	
	113. Erbrechen.....	
	114. Magenbeschwerden.....	
	115. Obstipation.....	
	116. Diarrhoe.....	79
<u>Kardio-Respirator. Stör. :</u>	117. Atembeschwerden.....	80
	118. Schwindel.....	
	119. Herzklopfen.....	83
	120. Herzdruck.....	
<u>Andere vegetative Stör. :</u>	121. Akkomodationsstörungen.....	84
	122. Schwitzen vermehrt.....	
	123. Seborrhoe.....	
	124. Miktionsstörungen.....	88
	125. Menstruationsstörungen.....	
<u>Weitere Störungen :</u>	126. Kopfdruck.....	89
	127. Ruckenbeschwerden.....	
	128. Schweregefühl in den Beinen.....	
	129. Hitzegefühl.....	
	130. Frostein.....	
	131. Konversionssymptome.....	94
<u>Neurologische Störungen :</u>	132. Rigor.....	95
	133. Muskeltonus erniedrigt.....	
	134. Tremor.....	
	135. Dyskinesien.....	
	136. Hypokinesien.....	
	137. Akathisie.....	
	138. Ataxie.....	
	139. Nystagmus.....	
	140. Parästhesien.....	104
	R1	
	Seitendifferenzen..... ja = 1	105
	Cerebrale Krampfanfälle..... ja = 1	106

3.0. ERGÄNZENDE ANAMNESTISCHE UND KLINISCHE DATEN :

3.1. PRIMARFAMILIE

1. Schichtzugehörigkeit der Primärfamilie :

- 1.....Untere Unterschicht (z.B.Hilfsarbeiter und weniger)
- 2.....Obere Unterschicht (z.B.Facharbeiter und vergleichbar)
- 3...Untere Mittelschicht (z.B.Beamter d.M.D.,Angest.,Meister..)
- 4....Obere Mittelschicht (z.B.Ärzte,Lehrer,selbstst.Handwerker)
- 5.....Oberschicht (z.B. Unternehmer,ltd.Manager)

! ! 107

2. Strukturelle Familienverhältnisse in der Primärfamilie :

KA 7
dupliz.: 2-6

Hinweis: Nur Berücksichtigung von Kategorien von ca. 1 Jahr
(auf-und abrunden, eventuell Schätzung)

Proband lebt	im Alter von 0-5 Jahren Anzahl Jahre	im Alter von 5-15 Jahren Anzahl Jahre
mit zwei Elternteilen		
mit einem Elternteil		
mit 1 Elternteil+Stiefvater/mut. od.ständig nicht verh.Partnern		
mit 1 od.2 Großeltern,od.Verw.		
bei Pflegeeltern		
im Heim oder ähnlichem		
im Internat oder ähnlichem		
	Summe = 5 J.	Summe = 10 J.

! ! ! ! 7-9

! ! ! ! 10-12

! ! ! ! 13-15

! ! ! ! 16-18

! ! ! ! 19-21

! ! ! ! 22-24

! ! ! ! 25-27

3. Eltern - Kind Beziehung :

keine oder zu unauff. auffällig gestört
kurze Bezieh.

Mutter - Proband.....0.....1.....2.....3
Vater - Proband.....0.....1.....2.....3

! ! 28

! ! 29

4. Alkohol in der Primär - oder Sekundärfamilie :

Vater.....1
Mutter.....1
Geschwister.....1
Partner.....1

! ! 30

! !

! !

! ! 33

5. Gewalttätigkeiten in der Primärfamilie :

Vater - Proband....1
Mutter - Proband....1
Proband - Vater....1
Proband - Mutter....1

! ! 34

! !

! !

! ! 37

6. Kriminalität in der Primärfamilie :

Gewaltdelikte.....1	! ! 38
Eigentumsdelikte...1	! !
Sexualdelikte.....1	! !
andere.....1	! ! 41

7. Inzest in der Primärfamilie :

Proband war Inzestopfer.....1	! ! 42
-------------------------------	--------

3.2. SEXUALVERHALTEN :

1. Fehlender bis sehr seltener sexueller Verkehr ((4/Jahr)..1	! ! 43
2. Häufiger Wechsel des Sexualpartners ((10/Jahr).....1	! !
3. Sadistische Sexualphantasien.....1	! ! 45
4. Frigidität und Impotenz.....1	! !
5. Homosexualität.....1	! !
6. Pädophilie.....1	! !
7. Sadismus und/oder Masochismus.....1	! !
8. Exhibitionismus/Voyeurismus.....1	! ! 50
9. Andere sexuelle Verhaltensabweichungen.....1	! !
10. Prostitution - heterosexuell.....1	! !
11. Prostitution - homosexuell.....1	! ! 53

3.3. ZUSATZUNTERSUCHUNGEN :

	nicht durch- geführt	unauff.	normvar.	path.	
1. EEG	0	1	2	3	! ! 54
2. Röntgen (Schädel)	0	1	2	3	! !
3. CT	0	1	2	3	! !
4. laborchemisch	0	1	2	3	! !
5. testpsychologisch	0	1	2	3	! ! 58

IQ (testpsychologisch gemessen).....! ! ! ! 59-61

3.4. DSM-III Diagnose/GAS-WERT:

DSM-III Diagnose

1. Achse.....! ! ! ! !	! ! ! ! ! 62-66
2. Achse.....! ! ! ! !	! ! ! ! ! 67-71
3. Achse.....! ! ! ! !	
4. Achse.....! ! ! ! !	! ! 72
5. Achse.....! ! ! ! !	! ! 73

GAS-SCORE:

1. Zum Zeitpunkt d. Untersuchung.....! ! ! ! !	! ! ! ! ! 74-76
2. Zum Zeitpunkt der Tat.....! ! ! ! !	! ! ! ! ! 77-79

3.5. AUFFALLIGKEITEN DER PERSÖNLICHKEIT (HABITUELLE MERKMALE)

Hinweis : (Hier nur Merkmale festhalten, die nicht vorwiegend situationsabhängig auftreten, sondern auch ohne adäquate Reizsituation in der Lebensgeschichte immer wieder feststellbar sind)

KA 8
dupl. 12-6

Codierungsanweisung : 0=Blank=nicht vorhanden / 1=leicht / 2=mittel
3=schwer / 9=k.Ang.

1. abweisend - verschlossen.....	9
2. demonstrativ - exzentrisch.....	
3. manipulativ.....	
4. weitschweifig.....	10
5. intelligenzgemindert.....	
6. einfach strukturiert.....	
7. überaktiv.....	
8. passiv - gehemmt.....	
9. auffällige Verdrängungsmechanismen.....	15
10. geltungsbedürftig.....	
11. mißtrauisch eifersüchtig.....	
12. paranoisch - sensitiv.....	
13. impulsiv - ungesteuert.....	
14. gespannt - Angriffshaltung.....	20
15. innerlich unruhig - nervös.....	
16. verführbar - beeinflufßbar.....	
17. kritischschwach - mangelnde Selbstkritik.....	
18. emotiv - weiche Wesenszüge.....	
19. selbstunsicher - Insuffizienzgefühle.....	25
20. Rechtfertigungstendenz - bagatellisierend.....	
21. Anspruchshaltung - fordernd.....	
22. auf wenige Lebensbereiche eingeengt.....	
23. introvertiert.....	
24. hypochondrisch.....	30
25. gesteigertes Selbstwertgefühl.....	
26. realitätsfremd.....	
27. stimmungs-labil.....	
28. eingeschränkte Stimmungs- und Resonanzfähigkeit.....	
29. ängstliche Grundhaltung - schüchtern.....	35
30. depressive Tendenzen.....	
31. gesteigertes Lebensgefühl.....	
32. gefühlskalt.....	
33. reizbar.....	
34. Unempfindsamkeit - Mangel an Empathie.....	40
35. überempfindlich - krankbar.....	
36. frustrationsintolerant.....	
37. labil - haltschwach.....	
38. rigide.....	
39. unselbstständig - abhängig.....	45
40. willfährig.....	
41. kontaktgestört.....	
42. unfähig Bindungen aufrecht zu erhalten.....	
43. vereinsamt - isoliert.....	
44. mangelndes Durchhaltevermögen.....	50
45. geringe Durchsetzungsfähigkeit.....	
46. infantil - naiv - unreif.....	
47. unzuverlässig.....	
48. egoistisch - egozentrisch.....	
49. entschlußlos - zögernd.....	55
50. planlos.....	
51. gewalttätig.....	
52. fehlender innerer Bezug zu Gesetznormen.....	
53. überkontrolliert.....	59

4.0. SPEZIELLER FORENSISCHER TEIL

4.1. KRIMINELLE VORGESCHICHTE

1. Auffälligkeiten in der Kindheit :		
Schule schwänzen.....1	! !	60
Ausreissen von zu Hause.....1	! !	
Stehlen.....1	! !	
Prügeleien in der Schulzeit.....1	! !	63
2. Alter beim ersten Delikt :.....! ! !	! ! !	64-65
3. Art des ersten Delikts :		
1.....Gewaltdelikt	3.....Eigentumsdelikt	
2.....Sexualdelikt	4.....anderes	! ! 66
4. Anzahl der bisherigen Delikte :		
1.....ein Delikt	3.....6 - 10 Delikte	
2.....2 - 5 Delikte	4.....mehr als 10 Delikte	! ! 67
5. Art der bisherigen Delikte :		
Gewaltdelikte.....1	! !	68
Sexualdelikte.....1	! !	
Eigentumsdelikte.....1	! !	
andere.....1	! !	71
6. Vorstrafen (Hinweis : Unabhängig von d.Aussetzung zur Bewahrung)		
Zuchtmittel.....1	! !	72
Jugendstrafen ohne Haft.....1	! !	
Geldstrafen.....1	! !	
Jugendstrafen mit Haft.....1	! !	
Haftstrafen.....1	! !	76
7. Anzahl der früheren Aggressionstaten :		
1....eine Aggressionstat		
2...2-5 Aggressionstaten	3....mehr als 5 Aggressionstaten	! ! 77
8. Art der früheren Aggressionstaten :		
1...vorwiegend gleichartig	2.....vorwiegend verschieden	! ! 78

4.2. ALKOHOL UND DROGEN

1. Alkoholmenge zur Tatzeit :		
	anamnestisch	gem. BAK (Tatzeit)
(0,8 %.....1		6.....
0,8 % - 1,3 %.....2		7.....
1,3 % - 2,0 %.....3		8.....
2,0 % - 3,0 %.....4		10.....
) 3,0 %.....5		11.....
		! ! ! 79-80
2. Alkoholeinfluß bei früherer Tat.....ja = 1		! ! 81
3. Drogen zur Tatzeit :		
1.....Heroin u.ä.	4.....Kokain	
2.....Halluzinogene	5.....andere	
3.....Cannabis	6.....verschiedene	! ! 82
4. Drogeneinfluß bei früherer Tat.....ja = 1		! ! 83

4.5. PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN DER SYMPTOMATIK

Cod.Anw.: 0=Blank=nicht vorhanden 2=mittel vorhanden
1 = leicht vorhanden 3=schwer vorhanden

1. Beeinträchtigungen im Beruf.....	1	1	
2. Schwierigkeiten in Familie / Partnerschaft.....	1	1	
3. Isolierung im gesellschaftlichen Bereich.....	1	1	110
4. Fehlende Kompensationsmöglichkeiten.....	1	1	
5. Es besteht ein Leidensdruck.....	1	1	
6. Therapeutische Intervention ist erforderlich.....	1	1	113
7. Zusammenh. zwischen Tat u. Störung nachvollziehbar....	1	1	

4.6. GESCHÄTZTER Befund zum Zeitpunkt der Tat

(bis (1 Woche vor der Tat)

(Hinweis : Definition entsprechend AMDP)

Cod.Anw.: 0=Blank=nicht vorhanden / 1= leicht / 2=mittel
3=schwer / 9=keine Angaben

KA 9
dupl. 2-6

PSYCHISCHER BEFUND

	Symptom- ausprägung	Einfluß auf Tat	
Bewußtseinsstörungen.....	1	1	7-8
Orientierungsstörungen.....	1	1	9-10
Aufmerksamkeits u. Gedächtnisstörungen.....	1	1	11-12
Formale Denkstörungen.....	1	1	13-14
Befürchtungen und Zwänge.....	1	1	15-16
Wahn.....	1	1	17-18
Sinnestäuschungen.....	1	1	19-20
Ich-Störungen.....	1	1	21-22
Störungen der Affektivität.....	1	1	23-24
Antriebs u. psychomotorische Störungen.....	1	1	25-26
Circadiane Störungen.....	1	1	27-28
Andere Störungen			
Sozialer Rückzug.....	1	1	29-30
Soziale Umtriebigkeit.....	1	1	31-32
Aggressivität außer der Tat.....	1	1	33-34
Suicidalität.....	1	1	35-36
Intelligenzstörung.....	1	1	37-38

SOMATISCHER BEFUND

(bis (1 Woche vor der Tat)

Schlaf und Vigilanzstörungen.....	1	1	39-40
Appetenzstörungen.....	1	1	41-42
Gastro-Intestinale Störungen.....	1	1	43-44
Kardio-Respiratorische Störungen.....	1	1	45-46
Andere vegetative Störungen (siehe AMDP).....	1	1	47-48
Weitere Störungen. (siehe AMDP).....	1	1	49-50
Neurologische Störungen.....	1	1	51-52

Vom AMDP nicht erfaßte somatische Störungen mit potentielltem
Einfluß auf das Tatverhalten
(z.B. Diabetes, Tumor Hyperthyreosen)

Welche..... 53-54

4.7 FORENSISCHE EINSCHÄTZUNG

4.7.1. FORENSISCHE RELEVANZ

DES PSYCHOPATHOLOGISCHEN BEFUNDES U. ZUORDNUNG ZU D. GESETZESMERKMALEN

Cod. Anw.: 0=Blank=nicht vorhanden / 1=vorhanden

1. Krankhafte seelische Störungen :

- 1.....Organisches Psychosyndrom
- 2.....Exogene Psychose
- 3.....Intoxikationszustand ohne Alkohol
- 4.....Intoxikationszustand mit Alkohol
- 5.....Drogen oder Alkoholabhängigkeit
- 6.....Endogene Psychose
- 7.....Borderline

! ! 55

2. Tiefgreifende Bewußtseinsstörung :

- 1.....auf "normalpsychologischer" Grundlage
- 2.....auf "krankhafter" (hirnorg. tox. u. ä.) Grundlage

! ! 56

3. Schwachsinn :

- 1.....Grenzdebilität
- 2.....Debilität
- 3.....Imbezillität und Idiotie

! ! 57

4. Schwere andere seelische Abartigkeit :

- 1.....Persönlichkeitsstörung
- 2.....Neurose
- 3.....sexuelle Triebanomalie
- 4.....abnorme seelische Reaktion
- 5.....schwere Reifestörung

! ! 58

5. Konstellative Faktoren :

	Faktor bei Tat vorhanden	Forensische Relevanz	
Leichte - mittelgrad. Alkoholisierung.....	1	1	59-60
Drogen/psychotrope Medikamente.....	1	1	61-62
Affektat, Bewußtseinsstörung.....	1	1	63-64
Akzentuierte Persönlichkeit/ Persönlichkeitsstörung.....	1	1	65-66
Diskrete senile oder arteriosklerot. Demenz.....	1	1	67-68
Diskreter frühkindlicher Hirnschaden.....	1	1	69-70
Reifestörungen.....	1	1	71-72
Erschöpfung - Übermüdung - Hypoglykämie.....	1	1	73-74

6. Sicherheit der forensischen Einschätzung

- 1.....sehr sicher
- 2.....überwiegende Wahrscheinlichkeit
- 3.....unsicher

! ! 75

4.7.2. FORENSISCH PSYCHIATRISCHE BEURTEILUNG

1. Einsichtsfähigkeit :
1.....erheblich eingeschränkt
2.....aufgehoben !_! 76
2. Steuerungsfähigkeit :
1.....erheblich eingeschränkt
2.....aufgehoben !_! 77
3. Schuldfähigkeit :
1.....§ 20 und §21 nicht vorhanden
2.....§ 21 nicht ausschließbar
3.....§ 21 sicher vorhanden
4.....§ 20 nicht ausschließbar
5.....§ 20 sicher vorhanden !_! 78
4. Befürwortet :
§ 3 JGG.....ja = 1 !_! 79
§ 105 JGG.....ja = 1 !_!
§ 63 StGB.....ja = 1 !_!
§ 64 StGB.....ja = 1 !_! 82
5. Prognose :
1.....günstig
2.....ausreichend
3....noch nicht ausreichend
4.....ungünstig !_! 83
6. Differenzierter Therapieverschlagn (vorwiegend)
1.....Pharmakotherapie
2.....individuelle Psychotherapie
3.....Sozialtherapie
4.....Entzugsbehandlung
5.....keiner !_! 84
- Durchführung der Therapie vorgeschlagen :
1.....stationär
2.....ambulant !_! 85

DANKSAGUNG

Herrn Prof.Dr. W. Mende danke ich für die Überlassung des Themas, insbesondere aber für die freundliche Bereitschaft, Probleme anzuhören und entscheidende Hinweise und Weichenstellungen zu geben.

Herzlich danken möchte ich Herrn Dr.med. Nedopil für die intensive Betreuung der vorliegenden Arbeit, die vielen inhaltlichen und methodischen Anregungen, die konstruktive Kritik, die stete Bereitschaft zur Diskussion, besonders aber für sein Engagement in der Vermittlung wissenschaftlicher Denkansätze.

Herrn Dipl.Psych.Dr. Seidemann danke ich für die vielfältigen Hilfestellungen am Beginn der vorliegenden Arbeit.

LEBENS LAUF

Ich wurde am 20. Juli 1948 als drittes Kind des selbständigen Kaufmannes Hermann Graßl und seiner Ehefrau Hermine Graßl in Peißenberg/Obb. geboren.

Nach 4 Jahren Volksschule in Hohenpeißenberg trat ich in das Erzbischöfliche Knabenseminar Freising ein und besuchte bis 1965 das Domberg-Gymnasium in Freising bis zur 6. Klasse.

Anschließend absolvierte ich ein zweijähriges Hochbaupraktikum bei einer Baufirma in Weilheim. Von 1967 - 1968 leistete ich fünfzehn Monate Grundwehrdienst in Mengen und Kaufbeuren und drei Monate Ersatzdienst im Kreiskrankenhaus Tettnang. Nach dem Besuch der Staatsbauschule in München, arbeitete ich dann bis 1976 bei einer großen Baufirma in Wiesbaden als techn. Angestellter. Ab 1973 besuchte ich neben meiner Arbeit das Abendgymnasium Wiesbaden, das ich im Mai 1976 mit dem Abitur abschloß.

Im Wintersemester 1976 begann ich an der Ludwig-Maximilians-Universität München das Studium der Medizin, das ich im November 1983 mit dem Bestehen der ärztlichen Prüfung erfolgreich abschloß. Im Dezember des gleichen Jahres erfolgte die Erteilung der ärztlichen Approbation. Dem Studium schlossen sich Praxisassistententätigkeit und die Anfertigung der Dissertation an.

Seit den 1. Sept. 1986 bin ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abt. für Forensische Psychiatrie der Nervenklinik der Universität München tätig.

Die Ergebnisse der Untersuchungen über die Wirkung der verschiedenen Faktoren auf die Entwicklung der Pflanzen sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse der Untersuchungen über die Wirkung der verschiedenen Faktoren auf die Entwicklung der Pflanzen. Die Faktoren sind: Licht, Temperatur, Feuchtigkeit, Nährstoffe, Luft, etc. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse der Untersuchungen über die Wirkung der verschiedenen Faktoren auf die Entwicklung der Pflanzen. Die Faktoren sind: Licht, Temperatur, Feuchtigkeit, Nährstoffe, Luft, etc. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse der Untersuchungen über die Wirkung der verschiedenen Faktoren auf die Entwicklung der Pflanzen. Die Faktoren sind: Licht, Temperatur, Feuchtigkeit, Nährstoffe, Luft, etc. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

